

Univerzita Palackého v Olomouci
Filozofická fakulta
Katedra psychologie

PODPŮRNÉ A ZTĚŽUJÍCÍ FAKTORY
V PROCESU LÉČBY PORUCH
PŘÍJMU POTRAVY

THE SUPPORTING AND DIFFICULT FACTORS IN THE
PROCESS OF EATING DISORDERS TREATMENT



Magisterská diplomová práce

Autor: **Bc. Gréta Pelzová**

Vedoucí práce: **Mgr. Helena Pipová**

Olomouc

2021

Místopřísežně prohlašuji, že jsem magisterskou diplomovou práci na téma: „*Podpůrné a ztěžující faktory v procesu léčby poruch příjmu potravy*“ vypracovala samostatně pod odborným dohledem vedoucího diplomové práce a uvedla jsem všechny použité podklady a literaturu.

V Olomouci dne

Podpis

Děkuji své vedoucí práce Mgr. Heleně Pipové za odborné vedení práce, především však podporu a vždy lidský přístup. Dále Mgr. Tereze Rumlerové, Mgr. Martinu Zupkovi, Mgr. Ladislavu Linhartovi a Bc. Janě Jurečkové za jejich cenné rady, trpělivost a podporu. Své rodině a přátelům za to, že mě při mých studiích vždy podporovali. Největší vděk patří ženám, které se svými příběhy na této práci podílely. S hlubokou pokorou a úctou jim děkuji za jejich otevřené sdílení své zkušenosti.

Obsah

ÚVOD	6
TEORETICKÁ ČÁST	8
1 Vymezení poruch příjmu potravy	9
1.1. Poruchy příjmu potravy v současnosti	10
1.2. Epidemiologie poruch příjmu potravy	11
1.3. Prognóza a mortalita poruch příjmu potravy	11
1.4. Etiologie poruch příjmu potravy	12
1.5. Klasifikace poruch příjmu potravy	15
2 Léčba poruch příjmu potravy	19
2.1. Cíle léčby	19
2.2. Uzdravení	20
2.3. Motivace k léčbě	21
2.4. Prevence poruch příjmu potravy	22
3 Možnosti intervence poruch příjmu potravy	25
3.1. Odborná intervence	25
3.2. Doporučené postupy odborné intervence	25
3.3. Formy léčby poruch příjmu potravy	27
3.4. Možnosti neodborné pomoci	40
4 Pomocné a ztěžující faktory v léčbě poruch příjmu potravy	42
4.1. Faktory ztěžující a podporující hledání pomoci	42
4.2. Sociální opora v procesu léčby poruch příjmu potravy	44
4.3. Rodina jako sociální opora	46
4.4. Podpůrné a ztěžující faktory léčby v on-line prostředí	47
4.5. Výzkumy užívání lékařského konopí	49
VÝZKUMNÁ ČÁST	51
5 Výzkumný problém, cíl a výzkumné otázky	52
5.1. Výzkumný problém	52
5.2. Výzkumné cíle a výzkumné otázky	52
6 Metodologický rámec	54
6.1. Typ výzkumu	54
6.2. Design výzkumu a tvorba dat	55
6.3. Metoda zpracování a analýzy dat	56
6.4. Výzkumný soubor	57
6.5. Výběr výzkumného souboru	58
6.6. Reflexe autorčiny zkušenosti	58
6.7. Etika výzkumu	60

7	Výsledky	62
	7.1. Závěrečné tabulky témat	102
	7.2. Odpovědi na výzkumné otázky.....	105
8	Diskuze.....	118
9	Závěry	137
10	Souhrn	139
	SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY.....	144
	PŘÍLOHY.....	156

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy (dále uvádíme pod zkratkou PPP) jsou závažným psychosomatickým onemocněním. Jejich léčba je nejen pro nemocného, ale také jeho blízké či samotného odborníka mnohdy zdlouhavým a vyčerpávajícím procesem. Samotné onemocnění a léčba mají dopady nejen na zdraví nemocného, ale také na kvalitu sociálních vztahů a jeho celkové fungování ve společnosti. Délka léčby se pohybuje v řádu několika let s výskytem relapsů a tendencí ke chronickému průběhu. Úspěšné zvládnutí onemocnění vyžaduje interdisciplinární spolupráci odborníků, přítomnost chápající sociální opory, a především trpělivost a motivaci nemocného.

Autorka práce má s léčbou letité zkušenosti. Ve fázi plné údravy je již několik let. V tomto období si uvědomila, že s odstupem a nezaujetím, kterých nabyla až v uzdravení, je schopná lépe hodnotit péči, které se jí po dobu léčby dostávalo. Současně s tímto uvědoměním vznikla myšlenka nahlédnout na zkušenosti dalších osob, které se s PPP potýkaly a v současnosti se nachází ve fázi údravy (udržení).

Teoretická část práce je věnována problematice PPP s cílem poskytnout čtenáři informace o současné podobě tohoto onemocnění a možnostech jeho léčby. V práci se zaměřujeme na mentální anorexii (dále uvádíme pod zkratkou MA), mentální bulimii (dále uvádíme pod zkratkou MB) a záchvatovité přejídání (dále uvádíme pod zkratkou ZP), které jsou považovány za specifické formy ze spektra PPP. V metodologické části popisujeme použité výzkumné metody, charakterizujeme výzkumný soubor, prezentujeme zjištěné výsledky a prostor věnujeme podstatným etickým otázkám.

Jak z názvu práce vyplývá, je náš výzkum zaměřen na podpůrné a ztěžující faktory v léčebném procesu, včetně příčin relapsů. Dále také na potřeby pocíťované v léčbě. Léčebným procesem se v naší práci rozumí období od první odborné nebo neodborné péče, včetně vlastní aktivity až po současnost – fáze udržení. Za podpůrné a ztěžující faktory považujeme ty, které jedincům v jejich léčbě pomáhaly, a které léčbu ztěžovaly. Zdroje výše zmiňovaných pozitivních a negativních faktorů vnímáme v oblasti odborné péče (poskytovatelé odborné péče, jejich přístup a další), neodborné péče (aktéři sociální opory, jejich přístup a další) a ve vlastní aktivitě nemocného. Dále také v samotném onemocnění a aspektech ovlivňujících uvědomění onemocnění a dobrovolnost v léčbě.

Získanými poznatky bychom rádi pomohli k hlubšímu pochopení potřeb jedinců v jejich léčbě a přispěli tak ke zkvalitnění péče o ně. Autorka práce by ráda zjištění využila ve své budoucí psychologické praxi a ke vzniku on-line podpůrné skupiny pro osoby s PPP, na jejímž vzniku se v současnosti podílí. Věříme, že zjištěné výsledky budou přínosné všem zainteresovaným osobám v procesu léčby PPP. Jak samotným nemocným, jejich blízkým, tak odborníkům.

TEORETICKÁ ČÁST

1 VYMEZENÍ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Poruchy příjmu potravy jsou psychiatrickým onemocněním, jehož projevy vedou k tělesným následkům, v některých případech neslučitelných se životem. Základní psychopatologií tohoto onemocnění je strach z tloušťky a s tím související patologie v jídelním chování. Následné projevy, které se odvíjí od uvedené patologie, se v závislosti na typu PPP odlišují (Navrátilová & Kalendová, 2019).

Ačkoliv se PPP jeví jako onemocnění současnosti, zmínky o něm lze nalézt již ve starověku. V dostupných lékařských spisech jsou záznamy primárně o MA, ale také MB a psychogenním (záchvatovitým) přejídání (Faltus, 1979; Papežová & Hanusová, 2012).

Dle 5. revize Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (dále v textu uvádíme pod zkratkou DSM-5) patří PPP do Poruch příjmu potravy a jídelního chování. DSM-5 řadí mezi ně piky, ruminační poruchu, psychogenní ztrátu chuti k jídlu, psychogenní přejídání, MA, MB, jinou specifikovanou PPP a jídelního chování a nespecifikovaná PPP a jídelního chování (American Psychiatric Association, 2013). Ještě donedávna se primárně hovořilo o MA, MB a také o psychogenním přejídání. Spolu se společenskými změnami a s tím nově vyvěrajícími trendy v oblasti stravování a vzhledu se spektrum poruch jídelních chování rozšířilo. Vedle již vymezených PPP v DSM-5 se dnes můžeme setkat s ortorexíí, bigorexíí a drunkorexíí (Krch, 2008; Krch, 2016; Papežová, 2010). Dle Papežové (2012), se jedná spíše o novou podobu mentální anorexie a jiných poruch jídelního chování.

Spolu s PPP se vyskytují i jiná psychiatrická a somatická onemocnění. Ta mohou PPP předcházet, existovat současně či vznikat při léčbě (Chládková & Miovský, 2017; Krch, 2002; Krch, 2013). V Evropě se u více než 70 % jedinců vyskytují psychiatrické komorbidní poruchy. Úzkostné poruchy se vyskytují u více než 50 %, poruchy nálady u více než 40 %, sebepoškození u více než 20 % a užívání návykových látek u více než 10 % (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Kocourková & Koutek, 2014; Theiner, 2011).

V praxi je velmi častá psychická komorbidita MA nebo MB a závislosti na alkoholu či jiných návykových látkách (Chládková & Miovský, 2017; Kocourková & Koutek, 2014; Papežová, 2012).

1.1. Poruchy příjmu potravy v současnosti

Ve srovnání s minulostí, kdy byly PPP typické spíše pro ctižádostivé dívky z vyšších společenských vrstev a děvčata s pedantickými sklony, postihují dnes každého. Bez rozdílu věku, etnicity, tělesných tvarů, váhy, sexuální orientace a socioekonomické úrovně. Samozřejmě v rozdílné míře (Faltus, 2018; Navrátilová & Kalendová, 2019).

Stále se však jedná o nejčastější a nejzávažnější problém dospívajících dívek a mladých žen. V mužském zastoupení je tato porucha méně častá, patologické chování u mužů směřuje spíše k nadměrnému energetickému výdeji a zaujatosti tělesnými proporcemi. Porucha se 10 až 20× častěji vyskytuje u než mužů (Baraníková & Nesrstová, 2005; Krch, 2002; Krch, 2016; Navrátilová & Kalendová, 2019).

Ačkoliv se PPP týkají téměř všech věkových kategorií, nejčastěji se vyskytují v období dospívání a mladé dospělosti. K rozvoji příznaků dochází převážně v období dětství a dospívání s nástupem v pubertě (Krch, 2016; Krch, 2004). Dle dat získaných z části ambulantní péče Ústavu zdravotnických informací a statistiky (2018), (dále uvádíme pod zkratkou ÚZIS), je zjevné, že se počátek onemocnění či věk prvního kontaktu se zdravotní péčí posunuje jak do prepubertálních, tak do starších věkových skupin. Jedním z rizikových faktorů, který přispívá ke snižování věkové hranice je sociální rizikový faktor (význam vzhledu, trendy zdravé výživy apod.). Ten působí na čím dál mladší děti a adolescenty. Velkou rychlostí především díky internetu. Následkem je, že rizikové dietní chování se projevuje již ve velmi brzkém věku, a to i v tom předškolním (Papežová, 2015).

Etnické nevymezení PPP potvrzují současné výzkumy, které se zaměřují na jejich výskyt v Asii a Tichomoří, včetně Arabských zemí a na Africkém kontinentu. Dle těchto výzkumů může být prevalence v Asii a Tichomoří srovnatelná s epidemiologickými údaji uváděnými v Evropě a Severní Americe (Thomas, Lee, & Becker, 2016). Naopak na Africkém kontinentu nebyly z dosavadních epidemiologických studií hlášeny žádné případy MA. Tento fakt se shoduje s velmi nízkou mírou prevalence MA u latinských Američanů a afrických Američanů v USA. Míra prevalence MB u žen v Africe je v rozmezí, které je uváděné u západních populací, afrických Američanů a latinských Američanů (Hoeken, Burns, & Hoek, 2016).

1.2. Epidemiologie poruch příjmu potravy

Prevalence MA mezi evropskými ženami je méně než 1-4 %, u MB se jedná o méně než 1-2 %. U ZP se jedná o méně než 1-4 %. U mužů se uvádí prevalence 0,3-0,7 %. Incidence MA se v Evropě jeví jako stabilní, MB spíše klesající. Odhady celoživotní prevalence MA se u žen pohybují mezi 1-4 % (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016). Z dosavadních epidemiologických informací vyplývá, že se u nás od roku 1989 zvyšuje výskyt PPP. Prevalence v České republice dosahuje obdobných hodnot jako ostatní země světa (Pavlová, Uher, & Papežová, 2008; Pavlová, Uher, Dragomirecká, & Papežová, 2010).

Dle dosavadních údajů ÚZIS (2018) bylo k roku 2017 v psychiatrické ambulanci péči 3 731 pacientů s PPP, z toho převážná většina byly ženy. V ambulanci péči za posledních 6 let PPP nepřibývá nemocných. Oproti tomu mezi lety 2011-2017 došlo ke zvýšení počtu hospitalizovaných jedinců a to z 339 na 454. V tomto období byly nejčastěji hospitalizovány ženy, podíl mužů na celkovém počtu hospitalizací činil od 5 do 10 % (ÚZIS, 2018).

Počátek onemocnění či věk prvního kontaktu se zdravotní péčí se posunuje jak do prepubertálních, tak do starších věkových skupin. V lůžkových psychiatrických zařízeních (psychiatrické léčebny pro děti i dospělé, psychiatrická oddělení ostatních lůžkových zařízení) bylo v roce 2017 hospitalizováno 454 pacientů. Z toho necelých 65 % tvořila diagnóza MA, více než 13 % diagnóza MB, téměř 13 % atypická MA. Další sledované PPP byly příčinou necelé desetiny hospitalizací v roce 2017 (ÚZIS, 2018).

Věkově nejčetnější skupinu tvořili pacienti ve věku 15-19 let (39 %), necelou čtvrtinu z celkového počtu hospitalizovaných tvořili pacienti do věku 15 let. Nejméně četnou skupinou byli pacienti mezi 20-29 lety, jednalo se téměř o pětinu z celkového počtu hospitalizací. V letech 2011-2017 byl zaznamenán největší nárůst hospitalizací ve věkové skupině 10-14 let, jedná se tedy o necelou čtvrtinu hospitalizací PPP. Naopak k největšímu poklesu došlo ve věkové skupině 15-19 let (ÚZIS, 2018).

1.3. Prognóza a mortalita poruch příjmu potravy

Poruchy příjmu potravy jsou dlouhodobým, fluktuujícím problémem, začínajícím nenápadnou snahou o zhubnutí. Postupně ovládají myšlení, vnímání a emoce jedince do takové míry, že celoživotně zasahuje do kvality života nemocného. Ohrožuje kvalitu

vztahu k sobě, vztahů k druhým lidem, kvalitu studia a práce (Krch, 2016; Němečková, 2011; Papežová, 2015; Papežová, 2017a).

Závažnost PPP je charakterizována také častějším chronickým průběhem. Ten je dle Papežové (2017a) zapříčiněn vyhýbáním se psychologicko-psychiatrické péči (časná intervence). U dlouhodobě a chronicky nemotivovaných jedinců s PPP jsou vyhlídky na uzdravení nepříznivé. Péče o ně zůstává spíše na paliativní úrovni. V takovém případě je vhodné řízení komunitních zařízení a multidisciplinární spolupráce (Krch, 2013; Papežová, 2015). Vzhledem k závažnosti onemocnění je u PPP častý relaps. Vyskytuje se až v 50 % případů. Z longitudinálních studií však vyplývá, že se více jak 60 % nemocných nakonec vyléčí (Papežová & Hanusová, 2012; Krch, 2016).

Jedinci s PPP se dožívají průměrného věku přibližně 25 let. Nemocní mnohdy umírají na následek srdečního selhání, sebepoškozování, sebevraždy, abúzu alkoholu, nadměrného užívání laxativ a diuretik (Krch, 2016; Navrátilová & Kalendová, 2019). PPP jsou závažným psychiatrickým onemocněním s vysokou mortalitou a vysokým procentem sebevražd, které jsou ve 20-40 % příčinou předčasného úmrtí (Papežová, 2017a; Stárková, 2009). Především úmrtnost mladých a starších pacientů s MA nadále převyšuje úmrtnost u jiných (Hoang, Goldacre, & James, 2014).

Výše popsaná fakta jsou jedněmi z důvodů, proč je žádoucí považovat léčbu PPP za vhodnou ke změně. Chronických případů onemocnění bude nadále růst, nedojde-li ke změnám v péči o osoby s PPP (Papežová, 2017a).

1.4. Etiologie poruch příjmu potravy

Vzhledem ke spektru, různorodosti a dynamice vývoje PPP, je velmi obtížné určit jasnou etiologii tohoto onemocnění (Krch, 2016). Ke vzniku PPP přispívá souhra několika rizikových faktorů, jejichž přítomnost v jedincově životě zvyšuje pravděpodobnost výskytu onemocnění. Jedná se o koexistenci rodinných a genetických faktorů, biologických faktorů, sociokulturních faktorů, psychologických a emocionálních faktorů a životních událostí (Navrátilová, Češková, & Sobotka, 2000; Pavlová et al., 2008).

Tyto biopsychosociální faktory přispívají ke vniknutí onemocnění, udržují jej a stojí tak za častými relapsy. Rizikové faktory je těžké odhalit, jedinec, který trpí PPP si mnohdy není vědom spojitosti mezi rizikovými faktory a vznikem jeho onemocnění (Papežová, 2015).

1.4.1 Genetické a rodinné faktory

Při vzniku patologie ve stravování, jak je tomu u PPP, tvoří genetický podíl v případě MA 50-90 % u MB 35-83 %. K častým duševním onemocněním, vyskytujících se v rodině nemocných, patří bipolární porucha, poruchy osobnosti, úzkosti, deprese, ale také užívání návykových látek a PPP (Bould et al., 2014; Krch, 2016; Navrátilová & Kalendová, 2019; Papežová, 2012). V roce 2017 byly prezentovány výsledky doposud nejvlivnější genetické studie mentální anorexie, která proběhla v rámci projektu Genome Wide Association Studies (GWAS). Výzkumníkům se podařilo identifikovat přesné umístění genu zodpovědného za anorexii. Ten se nachází na 12. chromozomu. Shodou okolností byl tento gen v minulosti určen jako sídlo genu, který je zodpovědný za diabetes 1. typu a autoimunitní choroby. Výzkum přinesl zjištění, že shodné genetické riziko může mít MA s metabolickými a autonomními chorobami. Výzkumníci svým zjištěním podpořili myšlenku, že anorexie vzniká vzájemným působením rizikových genetických faktorů a rizikového prostředí, včetně metabolických základů (Duncan et al., 2017).

Rodičovské působení a rodinné prostředí hraje při vzniku PPP významnou roli. To nejen při formování konceptu úspěchu, krásy, představy o vlastním těle, ale také při vytváření pohybových a jídelních návyků a životního stylu. V rodinném prostředí se také utváří představy o řešení problémů a odpovědnosti při utváření svého osudu. V rodinách jedinců s PPP se vyskytují dysfunkční rodinné vztahy (Keski-Rahkonen & Muselin, 2016; Krch, 2005). Výsledky australské metaanalýzy třinácti relevantních studií poukázaly na spojitost mezi rodičovským škádlením (připomínky na hmotnost a tvar těla) a problémy s jídlem u dospívajících jedinců. Byl prokázán významný dopad rodičovského škádlení na stravování jejich dětí (Hay, Dahill, Touyz, & Morrison, 2019).

1.4.2 Biologické faktory

Charakteristickým obdobím pro vznik PPP je období puberty a dospívání. V období ranné adolescence dochází mimo jiné k výrazným tělesným změnám, s čímž je spojen nárůst hmotnosti. Tento fakt zvyšuje riziko nalezení nevhodného způsobu její regulace. Oproti chlapcům vnímají dívky tělesné změny spojené s dospíváním více negativně (Krch, 2004; Vágnerová, 2012). Jedním z nejvýznamnějších biologických faktorů je ženské pohlaví. Ženy trpí PPP častěji než muži, a to v poměru deseti žen na jednoho muže (American Psychiatric Association, 2013). Převahu žen také potvrzují statistické údaje ÚZIS (2018).

Dále Smolík (2002) ve spojitosti se vznikem PPP uvádí poruchy regulačních funkcí hypotalamu, somatotyp či poruchy minerálního metabolismu při podvýživě u MA.

1.4.3 Psychologické a emocionální faktory

K psychickým faktorům, které přispívají ke vzniku PPP, patří nadměrná pozornost zaměřená na tělesný vzhled a tělesnou hmotnost, přílišný strach z tloušťky, striktní držení diet, hladovek a pocity přejezení se. Dále nízká úroveň sebevědomí, negativní sebehodnocení, pocity neefektivnosti a úzkostné sebepozorování. Negativní sebehodnocení může vést k narušení vnímání vlastního vzhledu a dietnímu stravování. S obavami o postavu, tělesnou hmotnost a kontrolu příjmu potravy přímo souvisí převaha depresivních a úzkostných příznaků, které jsou pro PPP příznačné (Krch, 2005; Krch, 2004; Krch, 2013).

Mentální anorexie je spojována s úzkostí, kognitivní rigiditou, vyhýbavým chováním, perfekcionismem a obsedantními rysy. Pro ritualizované jídelní a purgativní chování je častou komorbiditou MA obsedantní kompulzivní porucha. Pro MB je především příznačná impulzivita, emoční labilita, nezdrženlivost, depresivní nálada a hraniční osobnost. Psychogenní přejídání souvisí s impulzivitou, užíváním návykových látek a hraniční poruchou osobnosti. Výše zmiňovaný perfekcionismus, který je dáván do souvislosti s rozvojem MA a MB, patří mezi nejvíce rizikové vlastnosti a tendence. U žen s vyšší úrovní perfekcionismu je větší pravděpodobnost rozvinutí MA a MB (Krch, 2004; Krch, 2005; Pavlová, 2010; Švédová & Mičová, 2010).

Nadměrné užívání alkoholu nebo drog se vyskytuje u dívek s MA purgativního typu (American Psychiatric Association, 2013). Krch (2005) dále uvádí, že častou kombinací abúzu alkoholu a MB.

1.4.4 Sociokulturní faktory

Podstatnými sociálními faktory jsou preferovaný ideál krásy dané kultury, média, vyšší nároky na ženskou atraktivitu (soutěže královen krásy apod.), vrcholové sportovní soutěže, taneční a modelingové aktivity (Novák, 2010; Papežová, 2017b; Švédová & Mičová, 2010). Krch (2005) dále uvádí měnící se životní styl, zvýšenou sociální úzkost, sníženou sebekontrolu, úpadek jídelní kultury apod.

Dle odborníků jsou problémem médií uváděné zkreslené informace o PPP, které mnohdy neodpovídají reálným závažnostem onemocnění a strastem s ním spojených. Tato

problematika může vést ke společenské stigmatizaci, studu na straně nemocného a dalším rizikům, které léčbu často stěžují (Novák, 2010; Papežová, 2017b). Na internetu lze najít přibližně 1 340 000 komentářů k tématu mentální anorexie a módnímu průmyslu a více než 4 650 000 hesel o zdravém stravování. Tématům ideálního zevnějšku a diet se věnuje mnoho sociálních sítí a blogů, které oslovují stále mladší populaci. Riziko zde představují informace, které jsou mnohdy nepravdivé, zkreslené či rozporuplné (Papežová, 2017b; Šmahel, 2004).

Johnson, Cohen, Kasen a Brook (2002) dále uvádí odchod z domova, problémové vztahy rodičů, strach ze zodpovědnosti související s nástupem dospělého života, neuspokojivé sexuální vztahy a sexuální zneužití.

1.4.5 Životní události

K významným predisponujícím nebo spouštěcím faktorům PPP patří rozličné životní situace a události. K nejčastějším z nich patří připomínky na tělesný vzhled, sexuální a jiné konflikty, významná životní změna, osobní neúspěch, nemoc nebo problémy v rodině či odloučení od ní. (Krch, 2002; Hsu, 1990 in Krch, 2005). Krch (2005) však, ve spojitosti se zmíněnými životními událostmi, upozorňuje na přecenění nebo podcenění událostí.

1.5. Klasifikace poruch příjmu potravy

Dle DSM-5 řadíme do Poruch příjmu potravy a jídelního chování: piku, ruminační poruchu, psychogenní ztrátu chuti k jídlu, psychogenní přejídání, MA, MB, jiné specifikované PPP a jídelního chování a nespecifikované PPP a jídelního chování (American Psychiatric Association, 2013).

Cílem této kapitoly je uvést diagnostická kritéria vybraných PPP. A to se zaměřením na ty, které se vyskytují ve výzkumné části. Jedná se o MA, MB a psychogenní přejídání.

1.5.1 Mentální anorexie

Mezi hlavní kritéria MA patří přetrvávající restrikce energetického příjmu, silný strach z nárůstu tělesné hmotnosti, jehož intenzita není závislá na poklesu hmotnosti a zkreslená představa o vlastní hmotnosti nebo postavě. I přes nízkou tělesnou hmotnost se jedinci cítí celkově tlustí nebo jsou tací, kteří si svoji štíhlost uvědomují, ale mají strach, že některé části jejich těla jsou tlusté (American Psychiatric Association, 2013).

Diagnostická kritéria pro mentální anorexii dle DSM-5

- A. I přes potřebu je omezen příjem potravy, který vede k zřetelně nízké hmotnosti vzhledem k věku, pohlaví, vývojovému stádiu a duševnímu zdraví jedince. Zřetelně nízkou hmotností se rozumí taková hmotnost, která je nižší než minimálně očekávaná.
- B. Přítomna je intenzivní obava z nárůstu tělesné hmotnosti, ze ztloustnutí či dlouhodobého chování, které má vliv na přibývání na váze, a to i přes výrazně nízkou tělesnou hmotnost.
- C. Je pozorován nepřiměřený vliv tělesné hmotnosti či postavy na sebevědomí jedince, dále i přes nízkou tělesnou hmotnost přetrvávající nedostatek sebereflexe a poruchy v zakoušení postavy nebo vlastní tělesné hmotnosti (American Psychiatric Association, 2013).

Klasifikace DSM-5 dále specifikuje MA na restriktivní typ a ZP purgativní typ. Vzájemné prolínání níže uvedených podtypů není neobvyklé.

- **Restriktivní typ:** v průběhu posledních třech měsíců se u jedince nevyskytovalo záchvatovité přejídání či purgativní chování.
- **Záchvatovité přejídání, purgativní typ:** v průběhu posledních třech měsíců se jedinec potýkal s opakovanými záchvaty přejídání či purgativním chováním (American Psychiatric Association, 2013).

1.5.2 Mentální bulimie

Pro MB jsou charakteristické opakující se záchvaty přejídání a nevhodné kompenzační chování (např. zvracení, zneužívání laxativ a diuretik) se záměrem zamezit nárůstu tělesné hmotnosti vlivem aktu přejedení. Nejčastějším spouštěčem záchvatu přejídání je negativní afekt. K dalším spouštěčům patří interpersonální stresory, dietní omezení, negativní pocity spojené s tělesnou hmotností, postavou a jídlem, dále také znuženost. Za svůj problém se nemocný obvykle stydí, proto se snaží o jeho zamaskování či utajení (American Psychiatric Association, 2013).

Diagnostická kritéria pro mentální bulimii dle DSM-5

- A. Jsou přítomny opakující se epizody psychogenního přejídání, které se vyznačují konzumací nadměrného množství jídla v krátkém časovém úseku a po dobu záchvatu přejídání pocit ztráty kontroly nad konzumací jídla.

- B. Přítomné nevhodné kompenzační chování, které se opakuje a jehož záměrem je zamezit nárůstu tělesné hmotnosti. Jedná se například o vyvolávání zvracení, nadměrné cvičení, zneužívání laxativ, diuretik či jiných léků.
- C. Psychogenní přejídání a nevhodné kompenzační chování se vyskytují opakovaně, a to nejméně jednou týdně po dobu 3 měsíců.
- D. Je pozorováno kritické hodnocení vlastní postavy a tělesné hmotnosti.
- E. Porucha se nevyskytuje výhradně v průběhu epizod MA (American Psychiatric Association, 2013).

1.5.3 Psychogenní přejídání

Psychogenní přejídání se vyznačuje opakujícími se záchvaty přejídání, kdy nemocný zkonsumuje za krátký časový úsek (obvykle doba kratší než 2 hodiny) příliš velké množství jídla. Záchvat přejídání je doprovázen pocitem nedostatku kontroly nad jídlem. Nejčastějším spouštěčem záchvatu přejídání je negativní afekt. K dalším spouštěčům patří interpersonální stresory, dietní omezení, negativní pocity spojené s tělesnou hmotností, postavou a jídlem, dále také znuďnost. Za svůj problém se nemocný obvykle stydí, proto se snaží o jeho zamaskování či utajení (American Psychiatric Association, 2013).

Dle Kviatkovské, Albrechty a Papežové (2016), vzhledem k aktuálním kritériím a chápání psychogenního přejídání, uvádí DSM-5 rozsáhlejší a podrobnější popis psychogenního přejídání, než je tomu v Mezinárodní klasifikaci nemocí MKN-10. V DSM-5 bylo psychogenní přejídání s dalšími PPP zahrnuto mezi hlavní PPP (Kviatkovská et al., 2016).

Diagnostická kritéria pro psychogenní přejídání dle DSM-5

- A. Opakující se ZP, během kterých dochází ke konzumaci nadměrného množství jídla v krátkém čase. Po dobu záchvatu jedinec pocítuje pocit nedostatku kontroly nad konzumací potravy.
- B. Záchvaty přejídání se vyznačují třemi nebo více následujícími znaky:
 1. Jídlo je konzumováno mnohem rychleji, než je běžné.
 2. Jedinec jí do pocitu přeplněnosti.
 3. I přes nepocitovaný hlad zkonsumuje jedinec velké množství jídla.
 4. Jedinec jí v ústraní, cítí se trapně za množství zkonsumovaného jídla.
 5. Po záchvatu přejedení jedinec cítí ze sebe znechucení, cítí se depresivně či provinile.

- C. Zjevný diskomfort, který souvisí s psychogenním přejídáním.
- D. Psychogenní přejídání se objevuje v průměru nejméně jednou týdně, a to pod dobu 3 měsíců.
- E. Záchvatovité přejídání se nevyskytuje výlučně v průběhu MB a MA, takže se neobjevuje současně s jiným nepatřičným chováním, jako je tomu u MB (American Psychiatric Association, 2013).

2 LÉČBA PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

Společně s celospolečenskými změnami a proměnou podoby PPP, se také mění požadavky na jejich léčbu. Změnili se nemocní, informací o těchto poruchách je více a jsou snadněji dostupnější, přibylo také informací o možnostech intervence PPP. Dnes se již setkáváme při léčbě této nemoci jak u nás, tak v zahraničí s využitím moderních technologií, včetně internetu (Krch, 2005; Papežová, 2010). V léčbě PPP je kladen důraz na multidisciplinární spolupráci mezi odborníky. Jedná se v ideálním případě o spolupráci mezi lékařem, psychologem, nutričním specialistou a psychiatrem. Složení týmu se odvíjí od potřeb nemocného (Bermudez et al., 2016).

Léčba PPP je dlouhodobým a nelehkým procesem, v jehož základu pro úplné vyléčení stojí uvědomění si onemocnění a aktivní přístup nemocného (Bermudez et al., 2016; Krch, 2005; Papežová, 2012). Je podstatné, aby léčba byla vždy kvalitní a primárně přiměřená stavu pacienta. Prediktorem výsledku léčby není její délka, ale časná odpověď nemocného na léčbu (Švédová & Mičová, 2010).

Celkový proces léčby je pro nemocného velmi náročný. A to jak po stránce fyzické, tak psychické. Jak také uvádí Papežová, Kocourková a Koutek (2018, odst.7) „*Komplexní terapeutické programy vycházejí často z dlouhodobých studií účinnosti, ale množství organizačních a ekonomických faktorů může kvalitu a dostupnost léčby modifikovat.*“

V České republice se v posledním desetiletí zvyšuje počet jedinců s PPP, kteří se z mnoha důvodů, vyhýbají komplexní psychologicko-psychiatrické léčbě. Dlouhodobě své onemocnění tají a bagatelizují, své zdravotní obtíže přisuzují jinému onemocnění (Švédová & Mičová, 2010; Papežová, 2017a).

2.1. Cíle léčby

Okamžitým cílem léčby všech pacientů s PPP by měla být somatická stabilizace, nutriční rehabilitace k normalizaci hmotnosti, realimentace a řešení jejich komplikací, včetně přerušování kompenzačního/purgativního jednání. V případě potřeby je nutné řešit další psychologické a jiné terapeutické cíle (Bermudez et al., 2016; Papežová, 2012; Papežová & Novotná, 2010).

Cíle léčby

1. **Stabilizace somatického stavu** – v případě potřeby zahrnuje obnovení menstruace, zvládání akutních a chronických zdravotních stavů.
2. **Nutriční rehabilitace** – zahrnuje obnovení hmotnosti, obnovení vzorců takového jídelního chování, které vede ke zdraví a sociálním kontaktům.
3. **Normalizace jídelního chování** – eliminace nezdravých nebo rituálních stravovacích návyků. Ukončení restriktivního chování, přejídání a purgativního chování.
4. **Psychosociální stabilizace** – evaluace a léčba všech komorbidních psychických diagnóz, obnovení vhodné sociální angažovanosti (sociální vztahy a aktivity), zlepšení psychických symptomů spojených s PPP, zlepšení vnímání vlastního těla (Bermudez et al., 2016, Papežová, 2012; Papežová & Novotná, 2010).

2.2. Uzdravení

Za uzdravení je považována normalizace hmotnosti (MA), stabilizace hmotnosti (MB), zlepšení sebehodnocení, náprava jídelního chování, snížení zaujetí vlastním zevněškem a jídlem, osvojením si adaptivnějších způsobů zvládání stresu v konfliktech a interpersonálních vztazích. Zbavit se zcela abnormálních postojů k jídlu, nalézt zdravé sebevědomí a vnitřní rovnováhu bývá velmi obtížné (Papežová, 2012; Polanská, Sladká Ševčíková, & Švédová, 2007).

2.2.1 Průběh uzdravení

Nepřipouštění si psychických i fyzických obtíží, odmítání pomoci a samotné léčby vede k vyhýbání se léčbě. Přijetí léčby je ambivalentní (Vanderdeycken & Vanderlinden, 1983). K léčbě se mnohdy nemocný rozhoduje pod tlakem zdravotních a jiných problémů spojených s PPP, přičemž doufá v možnosti zachování určitých výhod spojených s tímto psychickým onemocněním (Garner, 2005; Krch, 2005).

Mnohdy se při prvním hledání o pomoc nemocní a jejich příbuzní obrací na internetové chaty a svépomocné skupiny. Někdy také, pro somatické obtíže spojené s PPP, navštěvují nemocní a jejich rodiny praktického lékaře pro dospělé nebo dětského pediatra či přímo specialisty (Papežová, 2018; Papežová & Novotná, 2010).

Po pěti letech se z anorexie uzdraví přibližně polovina nemocných, 30 % zůstane vážně poznamenáno, u 20 % nemocných nadále pokračuje podváha a poruchy menstruace. U jedinců, kteří se po pěti letech z PPP nevyлéčí, jsou jejich patologické návyky a ostatní zvyky více zakořeněny. Mnohdy nelze očekávat po deseti letech léčebného procesu úplné uzdravení. Cílem však může být uzdravení v podobě částečné váhové úpravy spolu s předcházením hospitalizační léčbě (Krch, 2005; Papežová, 2012; Papežová & Novotná, 2010).

2.2.2 Faktory ovlivňující uzdravení

Uzdravení z PPP je ovlivněno více faktory.

- Váha na počátku léčby – čím je výraznější váhová ztráta, tím je vyústění onemocnění horší.
- Délka nemoci před započatím léčby – čím déle se jedinec potýkal s PPP před léčbou, tím delší bude doma léčení.
- Obtíže v dětství, odmítání školy, emoční problémy.
- Obtíže získat přátele, vážná stydlivost a problémy s odcizením.
- Problémy v rodině (Papežová, 2012).

2.3. Motivace k léčbě

V celém procesu léčby hraje nezbytnou a klíčovou roli právě motivace nemocného, která souvisí s jeho aktivní účastí na léčbě. Léčba nemocného by měla být založena na spolupráci s ním, k čemuž je nezbytná jeho motivace k uzdravení se (Krch, 2013; Papežová, 2012).

Papežová (2012) ve své knize uvádí 5 stádií motivace. Upozorňuje na fakt, že spíše výjimečně se podaří nemocnému vymanit se z PPP hned na poprvé. Někdo stále dokola prochází všemi motivačními fázemi, někdo naopak ustrne v jedné motivační fázi, kterou je pro něj obtížné překonat a dostat se tak do fáze následující.

Stádia motivace k léčbě poruch příjmu potravy

- 1. Stádium prekontemplace (popření)** – v tomto stádiu si nemocný neuvědomuje, že by mohl mít problém. Aktuální situace mu vyhovuje a měnit jí nechce.
- 2. Stádium kontemplace (úvah)** – stádium, ve kterém jedinec začíná vnímat fakt, že má nějaký problém. Pozornost zaměřuje na potíže spojené s jídlem jídelním

chováním. V tomto období je člověk schopný připustit, že je změna žádoucí, avšak zůstává spíše nerozhodný, ambivalentní bez aktivní účasti ke změně.

3. **Stádium přípravy** – jedná se o náročnou fázi, kdy se jedinec chce již léčit a přeje si pomoc. V této fázi je nemocný schopný změnit své jednání a přijmout oběti změny jídelního chování. Samotnou změnu mohou ztěžovat faktory posilující nemoc (chaotické jídelní chování, podobná porucha u rodičů či sourozenců apod.).
4. **Stádium akce** – je stádiem změny, kdy pacient aktivně mění svou rigidní kontrolu nad dietou. Věří ve své uzdravení, nebojí se využít podpory a povzbuzení okolí.
5. **Stádium udržení** – je pokračováním snahy o úzdravu. Nemocný podstupuje takové kroky, které jej vedou k vyléčení se z nemoci a k prevenci relapsu. Popřípadě se učí stanovovat strategie k jejich překonávání.
6. **Relaps** – je obdobím „znovunavrácením“ nemoci. Projevuje se navrácením patologického jídelního chování, včetně dalších příznaků PPP (Papežová, 2012; Švédová, 2019; Švédová, 2013).

2.4. Prevence poruch příjmu potravy

Prevenčí se rozumí soubor intervencí, jejichž cílem je předcházet či snížit výskyt a šíření rizikového chování. Můžeme ji členit na primární, sekundární a terciární (Miovský, 2010).

Spolu s intenzivně měnícími se socioekonomickými podmínkami, nárůstem nových technologií, významem médií, včetně intenzivní proměny problematiky PPP, rostou požadavky na prevenci tohoto rizikového chování. Preventivní působení je žádoucí již od období dětství, nikoliv až období dospívání. Žádoucí je přizpůsobit preventivní opatření současným trendům (např. internet, sociální sítě) a využít tak jejich výhod (Gricová & Papežová, 2018; Papežová, 2017b; Švédová & Mičová, 2010).

2.4.1 Primární prevence

Do primární prevence jsou zainteresovány především rodina, školní zařízení a společenské a kulturní aktivity. Jejím cílem je snížit riziko vzniku PPP (Papežová, 2017b).

Nezastupitelnou úlohu prevence rizikového chování sehrává rodina. Rodina by měla být prostředím bezpodmínečného přijetí jedince, posilovat sebevědomí, učit dítě zastávat své názory, postoje a individualitu, učit odpovědnosti za svá rozhodnutí, měla by učit přímé

a otevřené komunikaci, chránit před nežádoucími vlivy médií a v neposlední řadě se podílet na vytvoření zdravých jídelních a pohybových návyků a nabízet vhodné zájmy a kvalitní hodnoty (Papežová, 2017b; Švédová & Mičová, 2010).

Na celospolečenské úrovni by měly být součástí primární prevence kulturní a společenské aktivity. Tyto aktivity by měly přispívat k přiměřené propagaci zdravého životního stylu, oceňovat obecně uznávané kladné společenské hodnoty a chránit mladou generaci před nežádoucími vlivy médií (Papežová, 2017b).

V preventivních opatřeních zastupuje nezbytnou roli také školní zařízení. Státní plán školní prevence PPP zahrnuje přiměřený a tolerující čas na stravování, podporu autorit, vrstevnických pozitivních vzorů a také posilování sebevědomí a autorit (Miovský, 2015).

2.4.2 Sekundární prevence

Sekundární prevence si klade za cíl vyhledávat rizikové faktory a ohrožené skupiny PPP. Měla by se podílet na včasné diagnostice, dostupnosti odborné léčby a na destigmatizaci psychiatrické péče PPP (Papežová, 2017b). Důležitou úlohu zde sehrává rodina, vrstevnická skupina, přátelé, učitelé, školní poradenské pracoviště, lékaři (pediatri, obvodní lékaři, odborní lékaři), psychologové, psychiatři (Klementová & Sychrová, 2017; Švédová & Mičová, 2010).

2.4.3 Terciární prevence

Terciární prevence je zaměřena na ty jedince, kteří již PPP trpí. Jejím cílem je omezení onemocnění, obnovení fertility, návrat do běžného života, prevence transgeneračního přenosu PPP a v neposlední řadě prevence relapsu. Nezbytné je také zvýšení sebevědomí nemocného a jeho spokojenosti se sebou samým, včetně zmírnění hodnocení své tělesné hmotnosti (Klementová & Sychrová, 2017; Papežová, 2017b)

2.4.4 Preventivní programy

Dlouhodobě účinné preventivní programy, které by měly vliv na hodnotový systém dětí a adolescentů, jsou spíše vzácné. Problematiku preventivních opatření PPP stěžují mimo jiné i sociokulturní podmínky, včetně vlivu médií. Odborníci poukazují na skutečnost skrytých reklam, které jsou mnohdy klamavé (Bebe dobré ráno, která „*vám zaručí energii na celý den*“) nebo spojují řešení emočních problémů s jídlem („*sníte čokoládovou tyčinku*

a *budete se cítit lépe*“). Taktéž účinek emočně vyhocených zpráv (např: billboardy s anorektickou modelkou Isabelle Caro a její dramatické úmrtí), je pouze krátkodobý (Gricová & Papežová, 2018; Papežová, 2017b).

Účinné preventivní programy se zaměřují na osobnostní a psychosociální podporu, zahrnují tak podporu zdravého sebevědomí a sebedřijetí, práci se sociálním tlakem, adaptivní „*copingové*“ strategie, zvládání negativních emocí, podporu kritického myšlení a samostatného rozhodování. Učí mediální gramotnosti – nerealistické fotografie modelek, vyvracení mýtů o redukčních dietách, učí, jak prověřovat spolehlivé zdroje apod.). Dále také pracují s informacemi z oblasti zdraví a zdravého životního stylu – zdravý přístup k jídlu a pití, přiměřená tělesná aktivita, zdravý přístup ke svému tělu apod. (Papežová, 2017b).

Neúčinné preventivní programy jsou takové, kde jsou pouze předávány informace o zdravotních rizicích PPP, a to bez psychosociální a osobnostní podpory. Prevence by taktéž neměla zahrnovat předávání informací o specifických chování osob s PPP, a to primárně u rizikových skupin. Tyto informace mohou naopak sloužit jako „*recepty*“ (návody) pro snížení hmotnosti (Papežová, 2017b).

2.4.5 Preventivní internetové programy

Celospolečenské změny včetně nárůstu potřeby trávit v kyberprostoru více času celkového vlivu internetu vytváří požadavek na tvorbu preventivní programů, které tyto požadavky splňují. Programy využívající technologie, nabízejí jedinečnou příležitost integrovat vzdělávání, prevenci a včasné odhalení a intervenci PPP (Bauer & Moessner, 2013).

Centrum pro PPP Psychiatrické kliniky 1. LF a VFN v Praze se v letech 2011-2015 zapojilo do mezinárodního projektu ProYouth (European initiative for eating disorder prevention). V rámci něj vznikl mezinárodní internetový program zaměřený na prevenci PPP. Po tomto projektu následoval projekt on-line prevence a intervence PPP Healthy and Free 2015-2017. Webový portál tohoto projektu nabízí podporu a pomoc dospívajícím a dospělým s rizikem PPP nebo jejich kamarádům a rodině (Papežová, 2017b). Dále také Centrum Anabell se svojí činností řadí mezi organizace preventivně působící. Nabízí internetové poradenství a terapie po emailu (Anabell, nedat.).

3 MOŽNOSTI INTERVENCE PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

3.1. Odborná intervence

V této kapitole se odbornou intervencí rozumí možnosti pomoci, poskytnuté ze strany odborníků zainteresovaných do léčby PPP.

Lidé s PPP a jejich blízcí mohou využít několik forem odborné léčby. Ambulantní lékařskou péči, plnou a částečnou hospitalizaci, denní stacionář a řízené svépomocné skupiny. V rámci těchto forem léčby je poskytována odborná péče především prostřednictvím psychoedukace, poradenství, psychoterapie, farmakoterapie a nutričního poradenství (Garner, 2005; Papežová, 2018).

3.2. Doporučené postupy odborné intervence

V léčbě PPP neexistuje žádný univerzální postup, který by zaručil zdárné a trvalé uzdravení. Odborníci však podávají níže uvedené doporučení.

Jedinci s PPP často přichází k lékaři s určitým druhem somatického onemocnění, které je následkem patologického jídelního režimu. Praktický lékař či dětský pediatr nebo jiný specialista by měl zdravotní stav nemocného vyhodnotit a v případě podezření na PPP zaslat k psychiatrickému vyšetření ke klinickému psychologovi a k psychiatrovi. V rámci psychiatricko-psychologického vyšetření je stanovena diagnóza, se kterou je nemocný, případě jeho příbuzní, seznámeni. V rámci odborné péče by měla následovat psychoedukace, kroky ke zvýšení motivace k léčbě, dále návrh vhodné odborné léčby a cílové hmotnosti, včetně doporučení návštěvy nutričního specialisty. Již v této fázi si nemocný může uvědomit, že se léčit chce (Bermudez et al., 2016; Papežová et al., 2018; Stárková, 2003).

Při dominujících somatických obtížích je vhodné nemocného hospitalizovat na interním nebo pediatrickém oddělení, případně na jednotce intenzivní a metabolické péče (JIMP). Souběžně, po somatické stabilizaci, je vhodné zahájit psychoterapii. V této chvíli může u nemocného dojít k rozhodnutí se dobrovolně léčit. U jedinců, kde nadále přetrvává patologické chování, je vhodné posouzení specializovaným multidisciplinárním týmem. V případech, kdy se u nemocného projeví akutní reakce na stresovou situaci, je žádoucí

zahájit krizovou intervencí, popřípadě rodinné poradenství. Po odeznění tohoto stavu je možné zhodnotit další postupy léčby. Pokud není pacient v ohrožení života a je částečně motivován k léčbě, je vhodné zahájit ambulantní péči. Při neúčinné ambulantní léčbě, přítomnosti suicidálního chování, sebepoškozování a dalších komorbidit, je žádoucí psychiatrická hospitalizace, v rámci, které by měla být indikována individualizovaná specializovaná péče (psychoterapie a farmakoterapie). Dále také nutriční poradenství, včetně spolupráce se specialisty na somatické obtíže (Bermudez et al., 2016; Němečková, 2011; Papežová et al., 2018; Papežová, 2018).

Na základě výsledků léčby z akutní fáze nemoci se určují další postupy léčby. Jedinci, u kterých je zjevná částečná remise by měli být doléčeni a měli by se věnovat aktivitám, vedoucím k prevenci relapsu. U částečné a plné remise je, v rámci doléčení a prevence relapsu, doporučena následná péče (doléčovací programy). Následná péče je primárně zaměřena na identifikaci stresových faktorů, adaptační mechanismy, zlepšení sebehodnocení, sebeakceptaci a vnímání vlastního těla. Doléčovací programy jsou například realizovány formou individuální a skupinové psychoterapie a klubů. U jedinců, kteří dlouhodobě nereagují na léčbu, se doporučuje vyhledávat další možnosti léčby. Dlouhodobé odmítání specifické péče vede ke chronicitě onemocnění a následně k paliativní péči (Bermudez et al., 2016; Papežová et al., 2018; Papežová, 2018).

3.2.1 Terapeutický vztah v obtížných situacích

Papežová (2010) hovoří o terapeutickém vztahu v obtížných situacích, se kterými se odborníci v léčbě PPP setkávají. Jedná se především o situace s nemotivovaným klientem, který klade odpor.

Dle Papežové (2010) by měl terapeut ve vztahu k jedinci s PPP zaujímat takový postoj, který povede k souhlasu s terapeutickým plánem a cílem léčby. V souvislosti s tím hovoří o takovém přístupu, ve kterém se klient cítí bezpečně a pocítuje přijetí pro svou vlastní hodnotu. A to i přes dlouhodobou nespolečnou spolupráci v léčbě. Zde Papežová (2010) uvádí Rogersovo bezpodmínečné pozitivní přijetí. Takový přístup je přínosný především v období, kdy přichází pacienti s ambivalentními pocity ke změně. Také Krch (2013) zmiňuje při práci s klientem s PPP trpělivost, empatii, pochopení, vhodnou komunikaci a terapeutické dovednosti, včetně přijetí pacienta i přes jeho nespolečnou spolupráci. Současně Papežová (2010) upozorňuje na nutnost direktivního přístupu při práci s pacientem s velmi nízkou podvážou. V těchto případech považuje za žádoucí naopak pomoci přibrat na váze oproti respektu vůči

rozhodnutí klienta. Papežová (2010) upozorňuje na nejčastější chyby v léčbě, mezi které patří: přebírání iniciativy za pacienta, nevhodný (negativní) postoj terapeuta k nízké motivaci klienta v léčbě, přijímání zodpovědnosti za pacientovy pokroky v léčbě, ztráta hranic a duální vztahy. Dále také ovlivnění terapeuta zkušenostmi s jinými klienty, přednášení, argumentování a dávání rad.

3.3. Formy léčby poruch příjmu potravy

3.3.1 Ambulantní péče

Ambulantní forma léčby může být pro nemocného první volbou v léčebném procesu, ale taktéž volbou následnou volbou. Jejím cílem je navození somatické a psychické rovnováhy u pacienta (Krch,2007; Němečková, 2011; Papežová, 2018; Procházková, 2011).

Ambulantní péče praktického lékaře, dětského pediatra a dalších odborníků především představuje diagnostiku osob ohrožených PPP či jedinců s počínajícími příznaky. K následné péči by měli být pacienti předáni do psychiatrické nebo psychologické péče (Krch, 2007; Papežová, 2018).

Specializované ambulance pro PPP poskytují cílené psychologické vyšetření, řeší otázky jídelní problematiky, mapují aktuální problémy a související faktory, provádí primární edukaci a navrhují ideální postupy léčby (Papežová, 2018).

3.3.2 Hospitalizace

Hospitalizací se rozumí pobyt v lůžkovém zařízení. Podstatou hospitalizační péče je zaměřit se jak na fyzické, tak na psychické stránky onemocnění. Při volbě hospitalizace jsou brána v potaz jiná přidružená onemocnění. Tato forma léčby může být v léčebném procesu pacienta první zkušenosti s odbornou pomocí nebo naopak je volbou v případech, kdy pacient doposud nereagoval na dosavadní léčbu. Volba plné hospitalizace je jak časově, tak finančně náročná (Papežová, 2018; Procházková, 2011).

Na péči o pacienty se podílí tým odborníků, mezi které patří také zdravotní sestry. Ty jsou s pacienty v každodenním kontaktu a úzce spolupracují s lékaři. Monitorují somatický stav, ale také specifické projevy PPP. Postřehy zdravotní sestry z pozorování pacientů na oddělení mohou být pro psychoterapeuta velmi přínosné. Pro pacienty představují zdravotní sestry mnohdy protivníka. Především pro jejich náplň práce, jako je

například kontrola patologického chování a ranní vážení. I přes to je možné, aby si zdravotní sestra vytvořila s pacientem důvěrný a laskavý vztah, s pochopitelným profesionálním odstupem. Klientka by měla vědět, že zdravotní sestra je tam proto, aby jí pomohla (Švédová, 2013). Současně Švédová (2013) upozorňuje na tendence manipulace zdravotní sestry klientkou. V reakci na to jako vhodné zmiňuje supervizi a podporu v týmu.

V návaznosti na péči zdravotních sester na psychiatrii uvádíme studii, která se zabývala rolí psychiatrické sestry v léčbě jedinců s PPP. Tato studie reagovala na psychické obtíže, které doprovázejí onemocnění PPP (sebevražedné tendence, pocity malé naděje v léčbě). V souvislosti s tím uváděla možné intervence zdravotních sester, které by mohly mít pozitivní vliv na zmiňované obtíže. Konkrétně rozdíl v tom, jak psychiatrické sestry vnímají své intervence v poskytování naděje a jak takové intervence vnímají pacienti s PPP. Do výzkumu byly zahrnuty výpovědi 97 pacientů a 10 sester. Vedle dalších zjištění poukázaly výsledky na to, že psychiatrické sestry vnímaly, že pacientům nabízí kroky (akce) vzbuzující naději častěji a účinněji, než jak to vnímali sami pacienti. Pacienti také uváděli náměty k tomu, jak se mohou sestry podílet na podpoře vzbuzování naděje. Uvedené byly: otevřené a pečující prostředí, přítomnost sestry, úleva od bolesti a zapojení pacientů do jejich léčby. Studie také sděluje, že pedagogové ošetrovatelství by měli dále rozvíjet strategie, které sestřám umožní poskytovat péči vzbuzující v pacientech naději (Stavarski, Alexander, Ortiz, & Wasser, 2019).

Hospitalizační péče v České republice

V České republice se vyskytují dvě podstatná pobytová specializovaná zdravotnická zařízení, která se zaměřují na léčbu PPP. Pacienti mladší 18 let mají možnost hospitalizace ve Fakultní nemocnici v Motole a na Psychiatrické klinice při Fakultní nemocnici Brno-Bohunice. Pro pacienty nad 18 let mají možnost hospitalizace na Psychiatrické klinice Všeobecné fakultní nemocnice a 1.Lékařské fakulty Univerzity Karlovy na Jednotce specializované péče pro PPP v Praze. Nemocným se v rámci pobytu v těchto zařízeních dostává komplexní péče založené na multidisciplinární spolupráci. Jde o kombinaci režimové terapie (denní a jídelní režim), psychofarmakoterapie, pracovní terapie, individuální a skupinové terapie (Starostková, 2018).

3.3.3 Částečná hospitalizace a denní stacionární péče

Částečná hospitalizace a denní stacionář tvoří mezistupeň mezi ambulantní a plnou hospitalizační péčí. Patří tak mezi modely denní léčby, které nabízí strukturovaný program

a možnost kontroly jídelního režimu. Výhodou těchto forem je léčba bez vytržení z přirozeného prostředí a nenarušení kontaktu pacienta s jeho sociálním okolím. K možným nevýhodám patří větší svoboda nemocného, která může vést k pokračování nežádoucího chování a časová či finanční náročnost spojená s každodenním dojížděním. Oproti plné hospitalizaci se jedná o finančně méně náročnou možnost léčby (Garner, 2005).

Při Psychiatrické klinice VFN a 1.LF UK v Praze je zřízen denní stacionář pro osoby s PPP. Ten mohou navštěvovat všichni jedinci s PPP, kteří mají BMI 16 a více, jejich tělesný zdravotní stav je stabilizovaný a jsou schopni dodržovat jídelní a terapeutický režim. V tomto stacionáři se nemocným věnuje multidisciplinární tým (Starostková, 2018).

3.3.4 Využití moderních technologií

Nejen v léčbě PPP se čím dál častěji využívá moderních technologií. Jde primárně využití mobilních telefonů (telefonická krizová intervence, zasílání SMS), internetu (internetové poradenství, psychoterapie formou chatu, on-line řízené svépomocné programy apod.) počítačových her (podpora žádoucích postojů, způsobů k řešení problémů a změn abnormálního chování) a počítačových programů (podpora v léčbě poruchy vnímání vlastního těla), (Papežová, 2018).

K dalším technologiím, které se využívají nejen v léčbě PPP, patří moderní zobrazovací metody mozku, které přispívají k získávání nových poznatků o vzniku a průběhu tohoto onemocnění (Čerešňáková & Jašová, in Papežová, 2018).

- **Internet**

Internet nabízí rychlý přístup k relevantním zdrojům, anonymitu a snazší dostupnost. Tyto aspekty jsou odborníky vnímány jako pomocné, ale současně i ohrožující faktory v léčbě PPP. Výhodou anonymity je možnost vyhnout se stigmatizaci blízkého okolí. Jedinec se tak může stát sdílnějším o svém onemocnění a odváznějším při hledání pomoci. Nevýhodou anonymity je možné skrývání negativních aspektů onemocnění, které se můžou tak snadněji udržovat či rozšiřovat (Nehybková et al., 2018; Šmahel, 2018).

Psychologové Masarykovy univerzity provedli výzkum, ve kterém se zabývali rolí digitálních technologií u jedinců s PPP. Studie se účastnilo 30 žen, které trpěly či trpí PPP a 30 odborníků, kteří se oblasti PPP věnují (psychologové, terapeuti a lékaři). Z výzkumu, mimo jiné, vyplynulo, že internet bývá pro nemocné prvním místem, kde hledají pomoc (odborné weby, vyhledávání kontaktů na odborníky, podpora v příbězích

vyléčených). Na druhou stranu se on-line prostor jeví jako prostředí rizikové, kde nemocní hledají tipy na hubnutí, jsou vystavováni informacím o kulturních ideálech krásy, dietním chování, výživových doporučeních, úspěších druhých apod. Jako rizikové se dále jeví aplikace, hlídající příjem kalorií a jejich výdej (Nehybková et al., 2018; Šmahel, 2018).

Výzkum dále přinesl takováto zjištění z pohledu respondentek. Neodborná on-line podpora pomáhá jedinci pochopit své onemocnění a najít vlastní cestu ke zdraví, nabízí jiné a zdravější možnosti k následování a přináší pocit respektu, pochopení a podpory. I přes to, že je odborná podpora vnímána spíše neosobně s menším respektem, je pro mnoho respondentek zdrojem kvalitních informací. Odborníci ve své studii upozorňují na to, že možnosti a efekt užití on-line prostředí závisí na motivaci nemocného k léčbě, tedy na fázi onemocnění PPP (Nehybková, et al., 2018).

- **Internetové poradenství a terapie po emailu**

V Česku nabízí internetové poradenství a terapie po emailu Centrum Anabell. Dále je zde stále aktuální internetový portál Healthy and Free, který vznikl v rámci projektu on-line prevence a včasné intervence, zaměřeném na podporu psychického zdraví, sebezpřijetí a kladných postojů k sobě a jídelnímu chování (Anabell, nedat.; Papežová, 2017b).

3.3.5 Psychoedukace a svépomocné skupiny

Psychoedukace hraje nezastupitelnou roli v léčbě PPP. Jejím cílem je informovat pacienta a jeho rodinu o charakteru, průběhu, komplikacích a nepříznivých následcích onemocnění PPP. Naopak za velmi neúčinné a neterapeutické je považováno zastrašování extrémními případy a jejich medializace (Papežová & Novotná, 2010; Stárková, 2003).

Svépomocné a podpůrné skupiny, které jsou vedeny laiky či odborníky, jsou podporou jak pro pacienty, tak jejich rodiny. Přispívají k primární a sekundární prevenci, k výchově o zdravém přístupu k výživě, informovanosti o nebezpečí diet a nezdravé štíhlosti, včetně poskytnutí ranné pomoci nemocným. Součástí svépomocné činnosti mohou být svépomocné manuály, které zahrnují prvky kognitivně-behaviorální terapie (dále uvádíme pod zkratkou KBT). Svépomocné manuály poskytují informace o nemoci a možnostech řešení problémů patologického jídelního a jiného chování. Sám jedinec si nastavuje léčebný proces – postup a tempo. To však, vzhledem k patologii onemocnění, může mít dvojsečný dopad v léčbě (Garner, 2005; Papežová & Novotná, 2010; Procházková & Sladká Ševčíková, 2017).

3.3.6 Psychoterapie

Psychoterapie je nedílnou součástí léčebného procesu PPP. K prvním krokům terapeuta by mělo patřit seznámení rodiny a nemocného s tímto onemocněním.

Psychoterapie pomáhá nemocnému zvládat těžkosti související s postupným obnovováním hmotnosti. Často i po několika letech nemoci pomáhá najít sám sebe a opravdovou důvěru v sebe a své okolí. U pacientů, kteří mají velmi nízkou váhu, není psychoterapie sama o sobě účinná. Při podvýživě není jedinec schopen pracovat s novými informacemi a měnit dále své dosavadní návyky a postoje. Proto je nutné zvážit, kdy je vhodné psychoterapii zahájit (Bruch, 1982; Papežová, 2012; Stárková, 2003).

Kognitivně behaviorální terapie

Kognitivně-behaviorální terapie je uznávanou a velmi účinnou léčbou PPP. A to především u MB, u které vede k úplné či částečné remisi. KBT je doporučována těm, pro které, vzhledem k věku či jiným důvodům, není vhodná terapie rodinná a mají středně těžké až vážné příznaky. Kognitivně-behaviorální přístup předpokládá, že změnu přesvědčení, hodnocení a myšlenek lze navodit změnou chování. Je založen na rozpoznání a popsání problému (Garner, 2005; Papežová, 2012; Papežová & Novotná, 2010).

Na základě principů KBT jsou vytvořeny svépomocné manuály, které se skládají z jednotlivých kroků, které si nemocný postupně osvojuje. Nemocní mohou užívat manuál samostatně nebo za podpory blízké osoby (Papežová, 2012; Procházková, 2011).

Interpersonální psychoterapie

Interpersonální terapie (dále uvádíme pod zkratkou IPT) je považována za jednu z nejlépe propracovaných terapií v rámci PPP. Zaměřuje se na krátkodobé řešení interpersonálních vztahů, souvisejících s psychickým problémem či PPP. IPT je dělena na část identifikace interpersonálních problémů vedoucích k rozvoji a udržování obtíží s jídlem, dále na část uzavření terapeutické smlouvy o práci na daných interpersonálních obtížích a na část, kde se řeší otázky spojené s ukončením terapie (Papežová, 2012; Papežová & Novotná, 2010).

IPT by se měla stát součástí léčby nemocných s PPP, u kterých přetrvávají příznaky, které jsou spojeny s psychickými problémy (vztahové a osobní problémy, nízké sebevědomí a nízká frustrační tolerance) Tato terapie by měla být taktéž začleněna do léčby, jakožto prevence relapsu (Papežová & Novotná, 2010).

Psychodynamická terapie

Dynamicky orientované přístupy jsou doporučovány tam, kde krátkodobější léčba není účinná. Jde mnohdy o PPP s psychiatrickou komorbiditou, hraniční osobností, anamnézou sexuálního zneužití a traumatizace a posttraumatické stresové reakce. U psychodynamické terapie jde o pochopení hlubších příčin nemoci a nevědomých souvislostí (Papežová & Novotná, 2010; Procházková, 2011; Švédová & Mičová, 2010).

U nemocných, kde selhaly jiné přístupy, je dle Garnera (2005) vhodné začlenění déletrvající dynamicky orientované terapie jako alternativy k dlouhodobé KBT.

Rodinná a vícerodinná terapie

Tento léčebný přístup se řadí ke stále více uznávaným. Jak u nás, tak i ve světě. A to především v léčbě adolescentů s diagnózou MA. Rodinnou i vícerodinnou terapií se rozumí zapojení rodiny do léčby nemocného člena rodiny. Jedná se o léčbu s pomocí rodiny, nikoliv o léčbu složitých a patologických rodin. Rodinní terapeuti při své práci s rodinným systémem kladou důraz na faktory, které jsou zásadní v rozvoji a udržení psychopatologie a problému v rodině, onemocnění včetně PPP (Chvála & Trapková, 2014; Papežová, Tomanová, & Pelková, 2010).

Specifickou formou rodinné terapie je terapie vícerodinná, která kombinuje přednosti rodinné a skupinové terapie. Jde o jednu z nejefektivnějších metod léčby PPP, převážně MA v adolescenci. Forma vícerodinné terapie umožňuje rodinám sdílet své problémy v solidárním prostředí, které nabízí otevřenou a vzájemnou pomoc. Je prostorem pro učení se ze zkušenosti ostatních rodin, je pro rodiny možností, jak se vymanit ze sociální izolace, kterou nemoc přináší (Eisler, 2005; Tomanová & Papežová, 2006).

Motivační terapie

V mnoha případech přichází pacienti na podnět okolí. Jsou tedy nemotivovaní k léčbě a nejsou plně rozhodnutí se léčit. Terapie zaměřená na motivaci jedince může být klíčová pro období, kdy si právě jedinec s PPP není jist, zda se chce uzdravit. Záměrem motivační terapie je zvýšení vnitřní motivace ke změně, a to s ohledem na aktuální motivační stádium pacienta. Do terapie může přijít jedinec nemotivovaný, ale také jedinec, který se chce reálně léčit. Každé z těchto stádií vyžaduje specifický přístup terapeuta (Papežová & Uher, 2002; Papežová 2001; Soukup, 2018).

K dalším záměrům motivační terapie patří usnadnění spolupráce mezi pacientem a odborníkem a snížení počtu předčasně přerušovaných léčeb. Motivační terapie klade nárok na trpělivost, empatické přizpůsobení terapeutického procesu motivačnímu stádiu pacienta neschopnost vytvořit bezpodmínečné a bezpečné prostředí pro nemocného (Papežová & Uher, 2002; Soukup, 2018).

Hlavní úlohou terapeuta je poskytnout takové podmínky, které podpoří zdravý posun motivace pacienta a umožní vytvořit terapeutický vztah založený na spolupráci. V rámci motivační terapie se proto uplatňují motivační pohovory, které rozvinul při své práci s alkoholiky William R. Miller. Jedná se o přístup, který je založený na empirii a blízký „na klienta zaměřené“ (Rogersovské) psychoterapii (Papežová, 2001).

Terapie poruch vnímání vlastního těla a hyperaktivity

Porucha vnímání vlastního těla a negativní vztah k němu patří ke specifickým příznakům PPP. Pacientky s MA vykazují v 31-81 % zvýšenou fyzickou aktivitu. Ta je popisována jako hyperaktivita, motorický neklid či kompulzivní cvičení (Papežová, 2010). Dále uvádíme terapie, které napomáhají v léčbě těchto příznaků.

- **Aerobní cvičení a anaerobní posilování**

V rámci léčebného programu tělesného tréninku (2× týdně) se využívají převážně anaerobní aktivity: strečink, protahování, zlepšování držení těla a v běžných fázích zahřátí, posilovací cvičení a relaxace. Aerobní cvičení není u pacientů s PPP příliš vhodnou volbou. Toto intenzivní cvičení může podporovat potřebu nadměrného výdeje energie. Je proto žádoucí se klinicky zabývat metodami, které by stanovily vhodnou pohybovou aktivitu u nemocných (Solenberger, 2001; Strober, 1997, in Papežová, 2010).

- **Terapie zaměřená na tělo**

Terapie zaměřená na tělo (body oriented therapy, dále uvádíme pod zkratkou BOT) je nezbytnou součástí komplexní léčby a prevence relapsu PPP. Podstatou BOT je obnovení realistického vnímání sebe sama, sebezpřijetí, nalezení radosti z vlastního těla, utlumení hyperaktivity, impulzů a tenzí a rozvoj sociálních dovedností (společné stolování, nakupování apod.). BOT využívá mnoho metod, které k těmto změnám napomáhají (Papežová, 2010; Vandereycken, Depreitere, & Probst, 1987).

- **Fyzioterapie a masáže**

Terapie zacílená na uvolnění svalového napětí a rehabilitační cvičení pomáhá pacientovi vyrovnat svalovou dysbalanci a špatné držení těla. V léčbě PPP se využívá kolektivní cvičení, které učí vnímat energii jak svojí, tak ostatních členů skupiny a zacházet s ní (Vodičková, 2003, in Papežová, 2010).

Do léčebného programu je možné zahrnout taktéž masáže. Ty bývají praktikovány školeným terapeutem nebo formou vzájemného masírování nemocných jedinců. Masáže mají převážně relaxační a aktivační charakter. K nejvíce užívaným technikám patří jemné doteky, poklepávání a hnětení (Probst, Vandereycken, Coppennolle, & Pieters, 1999).

- **Body Awareness Therapy**

Body Awareness Therapy (dále uvádíme pod zkratkou BAT) je technika zaměřená na uvědomění pohybů vlastního těla založená na principech psychiatrické fyzioterapie zabývající se verbálními a neverbálními projevy jedinců. Její součástí jsou především relaxace, aktivní cvičení, cvičení na vnímání vlastního těla a vyjadřování emocí (Wallin, Kronovall, & Majewski, 2000).

BAT využívá k poznání vlastního těla a vysvětlení tělesných pocitů masáže a koordinační cvičení. Prostřednictvím autogenního tréninku pracuje záměrně se zvýšeným svalovým napětím a jeho uvolňováním (Wallin et al., 2000).

- **Koncentrativní pohybová terapie**

Podstatou koncentrativní pohybové terapie (dále uvádíme pod zkratkou KPT) je, prostřednictvím vnímání sebe a vnímáním vnějšího prostoru, posilovat senzitivitu smyslů (zraku, sluchu, čichu, hmatu, interocepce, percepce pohybů). KPT poskytuje prostor pro práci s poruchami vnímání vlastního těla (Mehl & Žuchová, 2009).

V přímé činnosti se využívá míč ztvárňující ženský princip (kulatá, stydlivá), hůl princip mužský (stabilita, opora, agrese, strach z agrese, vyznačení vlastních hranic) a lano symbolizující spojení (pupeční šňůra, partnerství, omezení, závislost). K symbolizaci emocí a kognice je možné užívat další předměty. V rámci terapie mají nemocní možnost navodit si příjemné tělesné pocity (umístit si ruce pod hřejivý svetr) či pracovat s pocity nežádoucími, jako je například agrese (házet míčem). Terapie může probíhat se zavřenými očima, které dávají prostor jiným smyslovým modalitám, umožňují lépe vnímat své tělo a snižují nepříjemný pocit sebekontroly a kontroly vnějšího okolí (Mehl & Žuchová, 2009).

- **Bioenergetika a biosyntéza**

Tento přístup pomáhá klientovi naučit se opět vnímat své tělesné signály, jako je napětí a uvolnění, příjemné a nepříjemné a vědomě je propojit s emočním prožíváním. Podporuje učení se vědomému ovlivňování emočního prožívání prostřednictvím práce s tělem (Bechyňová & Chudobová, nedat.).

- **Tanečně pohybová terapie**

Pohybově taneční terapie pomáhá zvyšovat povědomí o důležitosti propojení těla a mysli. Terapie pomáhá jedincům s PPP vytvořit si vztah ke svému tělu, vyjádřit sebe a své emoční prožívání skrze něj (Papežová, 2010; Papežová, 2018; Payneová, 2011). K podstatným aspektům této terapie patří přijetí nevědomých obsahů do vědomí (Čížková, 2005).

- **Relaxační a dechová cvičení**

Relaxace pomáhá nemocným k volnění těla i mysli a vede k získání kontroly nad vlastním tělem. Pro nácvik relaxace je žádoucí její pravidelný nácvik. V praxi se využívá relaxace podle Jacobsena, Schultzův autogenní trénink, dechové cvičení a skupinové dechové cvičení (Papežová, 2010; Papežová, 2018).

Při MA mají pacientky obtíže s plným dechem. A to především z důvodu obtíží s „velkým“ břichem, které se při nádechu zjevně vydouvá. Při práci s jedincem s MA se užívá tedy nácvik břišního dechu. Kontaktní – formou položením terapeutovy dlaně na břicho pacienta nebo bezkontaktně – užitím knihy místo dlaně (Papežová, 2010).

Rozvinutí dalších sociálních dovedností

- **Ergoterapie PPP**

Ergoterapie je jednou z terapií využívanou k posílení sociálních dovedností. Díky skupinové práci s tělem se nemocní učí dávat najevo v interpersonálních vztazích pozitivní a negativní pocity. Záměrem ergoterapie je zvýšit motivaci pacienta k léčbě. Podpořit sebepřijetí, posílit své silné stránky a schopnost návratu do běžného života (zaměstnání, škola apod.). Ergoterapie nabízí aktivity jako jsou nákupy jídla a osobních potřeb, návštěvy kulturních akcí, jídelních zařízení a dalších možností společenského života (Křivohlavá, 2003, in Papežová, 2010).

- **Arteterapie PPP**

Arteterapie podporuje schopnost rozlišovat a vyjadřovat své emoce, a to s déletrvajícím realističtějšími názory, očekáváními a pohledem na sebe sama. V této terapii se užívá různých výtvarných technik, které jsou prostředkem sebereflexe nemocného. Změny zdravotního stavu nemocného se projevují ve vybraných výtvarných prostředcích, přístupu k zadanému tématu a ve způsobu zpracování (Dvořáková, 2007).

Na počátku hospitalizační léčby mají nemocní obtíže se spontánním vyjádřením, ve výtvarném projevu se spíše dbá o estetickou stránku. V tomto období je často využívána tužka a technika koláže. Zvyšující motivace k léčbě a snaha v ní přináší využití více výtvarných technik a otevřenější komunikaci ve skupině. Konec hospitalizační léčby přináší pocity obav a nejistoty, které jsou spojené s vidinou života mimo institucionální zařízení. Výtvarný projev se tak stává více pesimistický a depresivně laděný (Dvořáková, 2007).

- **Skupinové hry ke zlepšení sociálních dovedností**

K podpoře zlepšení sebehodnocení a současně sociálních dovedností se užívají skupinové hry. Papežová (2010) zmiňuje, že se v posledních letech užívají moderní technologie. Například prezentace počítačové manipulace fotografií modelek.

3.3.7 Farmakoterapie

Psychofarmakologické postupy se při léčbě MA a MB spíše oddělují. Převážně se však u obou poruch užívají léky využívané při léčbě jiných psychických onemocnění. Jedná se hlavně o antipsychotika a antidepresiva (Faltus, 2005; Papežová, 2018).

Hlavním cílem farmakoterapie PPP je regulace příjmu potravy, úprava tělesné hmotnosti, dále léčba komorbidních psychických poruch, hlavně deprese a odstranění tělesných obtíží, jejichž příčinou jsou PPP (Faltus, 2005; Papežová, 2018).

Užívání antidepresiv při léčbě MA by nemělo být jedinou volbou léčby. U MB snižují antidepresiva frekvenci přejídání a zvracení. Pravidelné užívání léků by mělo být převážně vyhrazeno pro případy komplikované komorbidními diagnózami (Gowers & Bryant-Waugh, 2004; Němečková, 2011).

3.3.8 Nutriční poradenství a nutriční terapie

Podstatou nutričního poradenství je obnova zdravé váhy a výživy organismu a navození zdravých stravovacích návyků. Žádoucí je kvalitní nutriční intervence založená

na znalostech oboru, odborné praxi v oblasti PPP a na supervizi. Nutriční poradenství je součástí hospitalizační léčby, v rámci ambulantní formy by mělo být taktéž zahrnuto do léčby (Papežová, 2018).

3.3.9 Alternativní možnosti léčby poruch příjmu potravy

Jóga

V současné době je jógová praxe považována v západním světě za holistický přístup ke zdraví (Woodyard, 2011).

Jóga je uznávána jako forma medicíny mysli a těla, integrující fyzické, mentální a duchovní složky jedince ke zlepšení aspektů zdraví. Zejména nemocí souvisejících se stresem (snížení kortizolu) (Desikachar, Bragdon, & Bossart, 2005).

Z jedněch hlavních cílů jógy jsou dosažení klidu mysli a optimistického pohledu na život, vytvoření pocitu pohody a relaxace, dále zlepšení sebevědomí a vztahu ke svému tělu a mysli, zvýšení pozornosti a snížení podrážděnosti (Arora & Bhattacharjee, 2008; Douglass, 2009).

Jóga je mnohdy doplňkovou terapií v léčbě psychických onemocnění. Nabízí efektivní způsob zvládnání a snižování stresu, úzkostí a deprese. Četné studie prokazují účinnost jógy při poruchách, které souvisejí s náladou (Woodyard, 2011).

Výše uvedená onemocnění se často vyskytují souběžně s PPP. Jóga bývá začleněna v léčbě pobytových a ambulantních zařízení, které se specializují na léčbu PPP, a to primárně v zahraničí (Douglass, 2009).

I přes to, že existuje málo studií o účinnosti jógy pro osoby s PPP, je tato metoda v léčbě čím dál častěji využívána jako doplňková terapie. Ve studii z roku 2007, která se zabývala účinností vědomé praxe jógy jako intervence při léčbě PPP, bylo zjištěno, že jóga sice nebyla účinná ve změně chování a myšlenek souvisejících s PPP, ale nebyla ani škodlivá (Mitchell, Mazzeo, Rausch, & Cooke, 2007).

Dle Kelly Gunderson, specialistky na PPP, spočívá začlenění jógy do léčby v integraci vědomí těla jako živé a dýchající entity, se kterou jsou nemocní, na rozdíl od těla jako samostatné věci, kterou nenávidí a snaží se jí měnit, spojení (Douglass, 2009).

Volba jógy při úzdavě z PPP má svá úskalí. Jedním z problémů je vhodná volba druhu jógy. Jóga pomalejší se zapojením meditací může mít dlouhodobé výhody, ale může

nemocného příliš udržovat v jeho utrpení, ve smyslu velkého prostoru pro zapojení mysli. Jóga dynamická může vést k dočasnému snížení úzkosti, ale nemocní ji mohou začít zneužívat jako prostředek k hubnutí. Obecně se cvičení jógy může stát dalším způsobem disciplinace a ovládnání těla. Terapeuti, kteří jsou obeznámeni s tendencemi ke zneužívání jógy, mohou pomoci svým klientům vést lepší postupy a zvyšovat současně sebevědomí (Douglass, 2009).

Důležitým aspektem je také učitel jógy. V případě ambulantní léčby bývá většinou navrhován psychologem, jakožto možnost doplňkové terapie, při lůžkové léčbě dochází učitel jógy na oddělení. Učitel jógy by měl mít povědomí o problematice PPP a tomu také přizpůsobit styl vedení cvičení. Měl by být schopen výrazně přizpůsobit praxi měnícím se zdravotním potřebám jedinců (Douglass, 2009).

Dle Douglass (2009) je žádoucí se více zabývat tím, jak jóga funguje a jaké jsou její výhody a rizika pro jedince s PPP. Tento názor také zastává specialistka Dr. Kelly Gunderson (Douglass, 2009).

Jóga jako intervence v České republice

V České republice, na Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN, se v léčbě PPP využívá integrální Hathajóga. Cílem této jógy je získat kontrolu nad tělem a myslí. Integrální Hathajóga je srovnatelná s Mindfulness Based Cognitive Therapy (dále uvádíme pod zkratkou MBCT). MBCT je přístup zaměřený na vnímání a přijímání vlastních emocí a myšlenek bez jejich odsouzení a potlačování do nevědomí (Mehl & Žuchová, 2009).

Integrální Hathajóga zahrnuje jak cvičení, tak meditaci. Na začátku každé lekce je relaxace, po které následuje trénink specifických asán. Cvičení jednotlivých pozic učí jedince s PPP cíleně střídat napětí a uvolnění částí těla. Pomáhá lépe vnímat své tělo a vnitřní tělesné signály a lépe jim porozumět. Při provádění asán jsou nemocní vybízeni k vnímání svých emocí a myšlenek, které se jim vynořují (Mehl & Žuchová, 2009).

Meditace a mindfulness

Zotavování se z PPP přináší pocity úzkosti či stresu. Ať už jsou způsobeny nárůstem tělesné hmotnosti, strachem z reakcí okolí či jinými důvody. Tyto aspekty mohou nemocného vracet zpět do onemocnění, které poskytuje určitou míru jistoty, sebevědomí o svém těle a celkové vlastní hodnotě. Praktikování meditace během zotavování se z PPP může uklidnit mysl nemocného (Gleissner, 2016; Papežová, 2010).

V posledních letech roste zájem o klinické uplatnění mindfulness a jiných buddhistických meditativních přístupů v oblasti psychického zdraví a psychologického zdravého životního stylu (Papežová, 2018).

Cvičení všímavosti může být součástí dialektické behaviorální terapie zaměřující se na zvyšování schopnosti regulace emocí (Shonin, Gordon, & Griffiths, 2014).

Lékařské konopí

Při PPP se často vyskytují jiná psychická onemocnění, jako jsou deprese, úzkostné poruchy, zneužívání návykových látek, hraniční porucha osobnosti a obsedantně kompulzivní porucha. Zmírnění příznaků komorbidních onemocnění usnadňuje zotavení z PPP. Psychoterapie a farmakoterapie patří k nejčastěji užívaným léčebným přístupům u PPP (Rosado, 2019; Rosado, 2020a).

Současné výzkumy a praxe zahraničních odborníků naznačují, že i lékařské konopí by mohlo být prospěšné v léčbě vybraných projevů PPP. Výzkumy se vztahují k léčbě MA. Lékařské konopí může pomoci řešit jak emoční aspekty anorexie, tak nechut' k jídlu, která je pro ni příznačná (Rosado, 2020a).

Existují různé kmeny konopí, které jsou doporučovány na rozličné obtíže související s MA. Například kmeny konopí „*Indica*“ mají sedativní účinek na celé tělo, jsou vhodné při léčbě nespavosti, chronické bolesti, úzkostech apod. Kmeny konopí „*Sativa*“ zvyšují energetickou úroveň, často se využívají k léčbě deprese, nedostatku chuti k jídlu, chronické bolesti a bolesti hlavy. Užívání lékařského konopí je vždy nutné konzultovat se svým ošetřujícím lékařem (Rosado, 2019; Rosado, 2020b).

Lékařské konopí může být užíváno formou kouření, potravin, „*topicals*“ (mast, tělový krém, peeling apod.), čípků, tinktur a sprejů a formou užívání čerstvého konopí. Lékařská marihuana může lidem s MA pomoci v různých fázích zotavování. V počátečních fázích, kdy nemoc nedovolí jedinci jíst, nabízí lékařské konopí lepší a jemnější možnost příjmu potravy než umělá výživa. V pozdějších fázích může být užívání lékařského konopí prospěšné v boji proti depresi a úzkosti (Rosado, 2000a; Rosado, 2020b).

3.4. Možnosti neodborné pomoci

3.4.1 Sociální opora

V širším slova smyslu se sociální oporou rozumí pomoc poskytovaná druhými lidmi člověku, který se nachází v tíživé životní situaci. Jedná se o pomoc, která pomáhá jedinci jeho situaci ulehčovat (Křivohlavý, 2001).

Sociální oporu lze poskytovat na makroúrovni (celospolečenská forma pomoci např. sociální a ekonomická pomoc potřebným apod.), meziúrovni (sociální opora sociální skupinou a jedinci např. rodina, spolupracovníci, náboženská sdružení apod.) a mikroúrovni (sociální opora v rámci dyády, např. matka dceři) (Křivohlavý, 2001).

Sociální oporu lze poskytovat prostřednictvím sociální sítě. Sociální síť se myslí okruh osob kolem jedince, se kterými je v sociálním kontaktu, a od kterých se předpokládá poskytnutí pomoci v případě obtíží. Jedná se například o rodinu, skupinu přátel, spolupracovníky, sousedy a členy náboženského seskupení (Křivohlavý, 2001).

3.4.1.1. Sociální opora u poruch příjmu potravy

Psychologické charakteristiky osob PPP jako je neschopnost rozvíjet zdravé sociální sítě a špatná sociální přizpůsobivost, ztěžují poskytnutí sociální opory (Limbert, 2010).

Sociokulturní faktory, jako jsou vrstevníci, rodiče a média, se přímo či nepřímo podílí na vlivu důležitosti štíhlé postavy a jiných rizikových faktorů. Jedná se však současně o aspekty sociální opory v léčbě PPP (Křivohlavý, 2001; Marcos & Cantero, 2009; Meno, Hannum, Espelage, & Low, 2008).

V zahraničí existují specializované programy v rámci rizikových pracovišť, které napomáhají svým zaměstnancům v PPP. Cílem těchto programů je podílet se na motivaci k časně léčbě zaměstnanců, snížit tak stigmatizaci z léčby a riziko negativního dopadu onemocnění na pracovišti (Papežová, 2017b).

3.4.2 Online podpůrné sociální skupiny

Vzhledem k vysoké míře relapsů u PPP, je podstatné, aby po ukončení formální léčby, při které probíhá intenzivnější podpora, byla k dispozici určitá forma další podpory. Jednou z takových možností je využití on-line prostředí, které pomáhá řešit především

otázky nedostupnosti odborné péče a finanční náročnosti léčby PPP (Goldstein, 2005, in McCormack & Coulson, 2009).

Online podpůrné skupiny nabízí anonymní prostor pro vzájemné sdílení zkušeností a současně poskytují pocit sounáležitosti. Jejich další výhodou je snadný a rychlý přístup u PPP absence fyzického vzhledu (časová a místní nenáročnost). Jsou vhodné pro jedince se stigmatizujícím onemocněním či osoby, které nechtějí sdílet citlivá témata osobně (Buchanan & Coulson, 2007; McCormack & Coulson, 2009).

Nevýhodou on-line podpůrných skupin je předpoklad přístupu k počítači a internetu, včetně předpokladu schopnosti ovládnutí. Obecně on-line prostředí je charakteristické rizikem vzniku zkreslených informací, rizikem jejich šíření či zveřejnění bez souhlasu původce sdělení (Coulson, 2005; White & Dorman, 2001).

4 POMOCNÉ A ZTĚŽUJÍCÍ FAKTORY V LÉČBĚ PORUCH PŘÍJMU POTRAVY

4.1. Faktory ztěžující a podporující hledání pomoci

Ali et al., (2016) provedli metaanalýzu kvantitativních a kvalitativních studií zabývajících se vnímanými překážkami a facilitátory v hledání pomoci v rámci léčby PPP. K hledání relevantních studií byly užity tři databáze, a to PubMed, PsychInfo a Cochrane. Výzkumné podmínky splňovalo celkem osm kvalitativních, tři kvantitativní a dvě smíšené studie.

Nejvýznamnější vnímané překážky byly stigma a stud za onemocnění PPP (85 %), popření a neuvědomování závažnosti nemoci (69 %), praktické překážky (finanční náklady, čas apod.), (62 %), nízká motivace ke změně (62 %), negativní postoje k hledání pomoci (54 %), nedostatek povzbuzení a podpory od ostatních (50 %). K nejvýznamnějším faktorům usnadňujícím hledání pomoci patří přítomnost jiných duševních obtíží, emocionální úzkost a obavy o zdraví (Ali et al., 2016). Dále je uveden souhrn vnímaných překážek při hledání pomoci a faktorů usnadňujících pomoc.

• Vnímané překážky při hledání pomoci

1. Stigma a stud (PPP nejsou považovány za psychické onemocnění, utajování před ostatními, téma stigma a diskriminace).
2. Popření onemocnění a neschopnost vnímat jeho závažnost (srovnávání s těmi, kteří jsou nemocnými považování za více nemocné).
3. Praktické bariéry jako cena, vzdálenost, čas, péče o děti a nepohodlí.
4. Nízká motivace ke změně – ztráta zisku z nemoci, strach ze ztráty kontroly, strach ze změny (nárůst váhy apod.).
5. Negativní postoje k léčbě – vnímání nedostatečné profesionální péče, pochybnosti o léčbě a osobnostních charakteristikách pečovatele.
6. Málo povzbuzení a málo sociální opory a porozumění od druhých (rodina a přátelé).
7. Málo informací o zdrojích (špatný přístup k pomoci, neschopnost se zeptat a vyjádřit své potřeby).

8. Dostupnost léčby, podpory a pomoci.
 9. Soběstačnost – hledání pomoci je vnímáno jako slabost.
 10. Neschopnost okolí poskytnou pomoc.
 11. Nedostatečná či zkreslená informovanost o psychických onemocněních a PPP.
 12. Negativní zkušenost s předchozí léčbou.
 13. Používání jiných zdrojů.
 14. Ohledy k ostatním a snaha je nezranit.
 15. Komorbidita – deprese a úzkost.
- **Faktory usnadňující hledání pomoci**
 1. Emoční stres a jiné psychické obtíže, včetně depresí a úzkosti.
 2. Zdravotní obtíže.
 3. Zaujetí tělesnou váhou.
 4. Podporující postoj rodiny a přátel.
 5. Strach a obavy spojené s příjmem potravy.
 6. Dostupnost služeb.
 7. Vnímání vlastního těla.
 8. Závažnost symptomů.
 9. Touha zlepšit svůj zdravotní a psychický stav.
 10. Vliv na životní role.

Problematika stigmatizace onemocnění poruch příjmu potravy

V článku vydaném v roce 2020 upozorňují australští odborníci na téma stigmatizace a studu v procesu léčby PPP. Stigmatizaci a stud vnímají jako hlavní překážku při hledání pomoci u jedinců s PPP (Baffsky, 2020). Za stigmatizující je považováno zlehčování onemocnění, stereotypizace (mladé ženy), přílišný důraz na sociální etiologii (životní volba), lživé informace o délce léčby, užívání hanlivého označení pro osoby s PPP aj. (O'Hara & Smith, 2007; Sun, He, Fan, Chen, & Lu, 2019). Stigmatizující mediální zobrazení, která udávají nesprávné a zkreslené informace o PPP mohou vést k tomu, že široká veřejnost si vytváří negativní postoje vůči lidem s PPP, což je jedním z problémů při hledání pomoci (Iles, Seate, & Waks, 2016). V reakci na tento problém doporučují australští odborníci na PPP zavedení mediálních standardů a předpisů k boji proti stigmatizaci vůči lidem s PPP s potenciálem rozšíření na mezinárodní úrovni (Baffsky, 2020).

Kanadská studie z roku 2015, týkající se 19 žen s MA zjistila, že účastnice jednotně souhlasily s tím, že jsou znepokojené z vnímání jejich onemocnění veřejností (bagatelizace, podceňování závažnosti onemocnění. Dále také uvedly, že své onemocnění skrývají ze strachu ze stigmatizace (Dimitropoulos, Freeman, Muskat, Domingo, & McCallum, 2015).

Papežová (2012, 2017b) uvádí další faktory posilující a udržující onemocnění PPP:

- socio-kulturní faktory – módní štíhlost, stigmatizace nadváhy, touha po dokonalosti a jiné,
- rodinné faktory – rodina příliš orientovaná na výkon, přehnaná péče a pozornost,
- psychologické faktory – úzkostná povaha, kontrola nad jídlem, vítězství nad fyziologií a jiné.

4.2. Sociální opora v procesu léčby poruch příjmu potravy

Sociální opora hraje důležitou roli v procesu léčby PPP. Linville, Brown, Sturm a McDougal (2012) provedli výzkum, ve kterém se zaměřili na to, jak rodina, přátelé, zdravotničtí pracovníci a další sociální opora napomáhají a brání v uzdravení se z PPP.

Studie se účastnilo 22 žen ve věku 23-55 let zotavených z MA, MB a blíže neurčených PPP či jejich kombinací. Data byla získávána po dobu 5 měsíců metodou rozhovoru. Výsledky poukázaly na faktory, které napomáhaly a bránily zotavení se z PPP. Prostřednictvím procesu analýzy byly identifikovány 4 hlavní kategorie: a) znovuzapojení je zotavení; b) podpora není vždy podpůrná; c) poskytovatelé mají moc; d) zaměření léčby. Každá z kategorií zahrnuje vlastní témata a podtémata, která jsou dále popsána v rámci pomáhajících a bránících faktorů v procesu uzdravení se (Linville et al., 2012).

Kategorie znovunavrácení je uzdravení

Tato kategorie zahrnuje informace o potřebě nemocných znovunavázání vztahů s druhými lidmi, ale také se sebou. Účastníci také popsali větší naději na zotavení při podpoře rodiny a přátel. V souvislosti propojení se sebou a znovunalezení vztahu k sobě, účastníci diskutovali o józe, psaní deníků a duchovnosti Sedmnáct žen uvedlo, že znovunavázání sociálních vztahů a sdílení svých obtíží s ostatními bylo významným faktorem jejich zotavení. Respondenti také vyjádřili, že stabilní a trvalá podpora je v procesu

léčby nezbytná. Mnoho účastníků uvedlo, že jejich klíčové vztahy jsou to, co je původně motivovalo se léčit. Šest žen uvedlo, že jim v léčbě pomáhalo psaní deníků rozvíjet vědomí jejich PPP a porozumění svým emocím, jako je hněv a smutek. Osm účastníků hovořilo o pozitivním přínosu jógy, která podpořila rozvoj pozitivního vztahu k jejich tělu (Linville et al., 2012).

Kategorie podpora nemusí vždy podporovat

Tato kategorie shrnuje zkušenosti respondentek s podporou v rámci rodiny a přátel v období jejich nemoci. Čtrnáct účastnic uvedlo zkušenosti ignorováním a bagatelizací jejich onemocnění členy rodiny. V souvislosti s nedostatkem podpory ženy hovořily o tom, že se cítily frustrované, izolované a osamělé na svoji léčbu. Třináct respondentek uvedlo, že jejich rodina nepochopila to, co PPP jsou a co je jejich příčinou. Osm žen uvedlo, že počáteční motivací k léčbě bylo zachování či uzdravení jejich vztahů, především s partnery, přáteli a rodinnými příslušníky. Dále se objevovala témata společenské stigmatizace a stereotypizace a s tím spojený stud za onemocnění, nedostatek otevřené komunikace s rodinou či přáteli, nevhodné chování okolí podporující izolaci. Účastnice také hovořily o pozitivní podpoře rodiny a přátel. Deset účastníků hovořilo o podpoře rodiny v neodsuzování jejich onemocnění a celkové emocionální podpoře. Dvanáct žen zmiňovalo své přátele jako neustálý zdroj podpory v léčbě PPP, hovořily o trpělivosti a emoční podpoře (Linville et al., 2012).

Kategorie poskytovatelé mají sílu

Poskytovatelem se zde rozumí poskytovatel zdravotní péče (lékař) a poskytovatel psychologické péče (psycholog, psychiatr). Někteří popsali své zkušenosti pozitivní a někteří naopak zraňující (neúčinné strategie odborné podpory). Na základě konkrétních zkušeností účastníků měli poskytovatelé nepochybně významný vliv na jejich zotavení se z PPP. Pozitivní zkušenosti dvanácti účastnic se vázaly k odborníkům, kteří byli laskaví a neodsuzovali. Dále respondentky pozitivně vnímaly rodinnou terapii, skupinovou terapii a terapii zaměřenou na trauma. Čtrnáct žen konkrétně popsalo své negativní zkušenosti. Respondentky měly pocit, že, odborník nevěděl, co má dělat (např. kladení nevhodných otázek, nevhodné komentáře k tělesné váze) a jejich onemocnění bagatelizoval. Mezi účastníky studie se objevily stejné pocity kritiky, souzení a poučování (Linville et al., 2012).

Kategorie zaměřená na léčbu

Deset účastníků uvedlo frustraci z nedostatečného zaměření se v rámci léčby na celkové zdraví. Uváděli, že se odborníci příliš zaměřili na váhový přírůstek, jakožto ukazatel uzdravení. Respondentky vyjádřily přání, aby se odborníci více zaměřovali na psychické zdraví, duševní pohodu a otázky vztahů. Devět žen diskutovalo o tom, že by bylo užitečné začlenit do léčby skutečnost, jak vlastně jíst, jak jíst před ostatními lidmi a jak se naučit zdravému stravování (Linville et al., 2012).

Souhrn faktorů, které pomáhaly a bránily zotavení

- **Pomáhající faktory:** znovunavrácení do života, úzké vztahy, vyjádření podpory, empatictí přátelé, soucit, porozumění odborníků, terapie, učení, jak se zdravě stravovat a vzdělávání se o příčinách PPP.
- **Faktory bránící:** zlehčování poruchy, přílišná pozornost zaměřena na příjem potravy, izolace, společenská stereotypizace a stigmatizace, neotevřená komunikace o PPP, nevhodné (zraňující) komentáře k tělesné hmotnosti, váha jako ukazatel zotavení, povýšenečtí odborníci, vážení (Linville et al., 2012).

4.3. Rodina jako sociální opora

V roce 2014 byla publikována metaanalýza, ve které se odborníci Leonidas a Santos (2014) zaměřili na syntézu národní a mezinárodní vědecké literatury o sociální podpoře a sociálních sítích při PPP. Z původních 620 článků bylo vybráno 24 relevantních. Většina (n = 14) recenzovaných článků se týkala rodinných záležitostí a jejich vztahu k PPP. Většina studií poukázala na zásadní význam rodinné a jiné sociální podpory v úzdavě. Podpora rodiny se ukázala jako hlavní typ sociální opory. Autoři v souvislosti s tímto upozorňují na již zmíněný fakt, že většina článků se týkala zkušeností rodin s PPP (Leonidas & Santos, 2014).

Jedna studie z roku 2009, uvedená v této metaanalýze, měla za cíl posoudit dimenze sociální podpory (poskytovatele, spokojenost s poskytovanou sociální podporou a různé podpůrné akce – emoční, informační a praktická podpora. Tohoto výzkumu se účastnilo 98 žen s MA, MB nebo s nespécifikovanou formou PPP (Leonidas & Santos, 2014; Marcos & Cantero, 2009).

Zjištění ukázala důležitost rodinné sítě v léčbě PPP. Výsledky byly takové, že ženy s PPP vnímají svou rodinu, zejména matky (86,7 %) a partnery (73,1 %), jako nejdůležitější

zdroj sociální podpory. Tyto ženy uvedly, že dostávaly častěji informační podporu, než emoční a praktickou podporu. S poskytnutou sociální oporou byly spokojeny (Marcos & Cantero, 2009; Leonidas & Santos, 2014).

Studie od Linville a jeho spolupracovníků (2012) také naznačuje, že podpůrné systémy jako jsou zdravotníci, rodina a přátelé, pozitivně ovlivňují uzdravu osob s PPP. Účastníci této studie popsali, že jejich významné vztahy, především s rodinnými příslušníky, jsou tím, co je motivuje k uzdravení. Také však uvedli své zkušenosti s nevhodnou sociální podporou ze strany rodiny, přátel a zdravotníků.

4.4. Podpůrné a ztěžující faktory léčby v on-line prostředí

Od začátku roku 2015 do konce roku 2017 probíhal v rámci projektu „*THINLINE*“ – Tenká hranice mezi poruchou a zdravým životním stylem: Zkoumání on-line chování dnešních mladých lidí“ výzkum, který se zaměřil na to, jakou roli sehrávají digitální technologie u jedinců s PPP. Současně byla studována možná rizika a výhody spojená s užíváním digitálních technologií (Nehybková et al., 2018).

4.4.1 Podporující faktory on-line prostředí

Srovnávání – jako pozitivní uvedly respondentky porovnávání se se zdravými lidmi, kteří ke splnění svých cílů nepotřebují extrémní životní styl. Respondentky, které se chtěly léčit, tak získávaly náměty na zdravější životní styl, včetně zdravého stravování. Ženy uvedly, že jim srovnávání s lidmi, kteří se v rámci stravování chovali stejně nezdravě, pomohlo k náhledu na sebe sama, jako na jedince, který má problém s PPP. Ženy také uváděly, že jim v posouzení jejich aktuální situace pomáhalo porovnávat svůj současný stav s vlastními fotografiemi, blogy nebo deníky z minulosti (Nehybková et al., 2018).

Online prostředí jako nástroj pro obnovení a zlepšení blízkých vztahů – přibližně jedna čtvrtina žen uvedla, že on-line prostředí jim pomáhalo navázat vztahy s lidmi z reálného života, kterým bylo v osobní rovině obtížné říct svůj názor či postoj k PPP (Nehybková et al., 2018).

Online sociální podpora – tato opora poskytovala respondentkám naději a dodávala jim odvalu v léčbě. Ženy uváděly, že díky on-line sociální opoře cítily menší pocit izolace. Díky respektujícím zpětným vazbám, které se respondentkám v on-line prostředí dostávalo,

byly více motivované k léčbě, zvýšilo se jim sebevědomí a sebedůvěra. Naopak prostředí off-line měly sklon hodnotit méně přátelsky. Jako podpůrné bylo vnímáno sdílení zkušeností s léčbou, plné pochopení a neodsuzující prostředí (Nehybková et al., 2018).

Sdílení informací o sobě v on-line prostoru – tato aktivita umožňovala respondentkám sdílet své obtíže s někým, kdo naslouchá. Díky sdílení získávaly a dávaly rady. Respondentky vnímaly, že tyto benefity on-line vztahů nedokázaly najít či využít v off-line vztazích. Během uzdravování se obsah blogování měnil od příběhů o potížích a léčbě v příběh více o životních a jiných tématech. Rady a reakce ne-nemocných vnímaly respondentky jako podpůrné, pomáhaly jim v realističtějšímu pohledu na sebe a své chování spojené s PPP (Nehybková et al., 2018).

Snaha pomoci vlastním náhledem – respondentky se snažily pomáhat lidem ve stejné situaci, touto pomocí současně podporovaly vlastní snahy o uzdravení se (Nehybková et al., 2018).

Příběhy jiných lidí, kteří PPP překonali – díky těmto příběhům získaly respondentky realističtější náhled na proces uzdravení, včetně snížení strachu z následků „normálního“ stravování. Příběhy úspěšné léčby pomáhaly respondentkám překonávat pocity nepochopení a toho, že jsou se svým onemocněním samy. Respondentky také vnímaly tyto příběhy více osobněji a dokázaly se na ně lépe napojit. Některé ženy však cítily při čtení těchto příběhů osob s PPP potřebu zanechat si svoji jedinečnost, což mohlo vést ke snížení motivace k uzdravení se (Nehybková et al., 2018).

Jiný pomáhající přístup než odborný – online prostředí pomáhalo respondentkám vytvořit si přijatelnější konceptualizaci onemocnění, než je odborná diagnóza. Mnoho z nich uvedlo, že až po pochopení svého onemocnění jiným než odborným způsobem, byly více nakloněny vyhledat odbornou pomoc. Interakci v on-line prostředí vnímaly respondentky jako více akceptující, osobnější a důstojnější (Nehybková et al., 2018).

4.4.2 Ztěžující faktory on-line prostředí

Všudypřítomná příležitost srovnávání se s ostatními – respondentky uváděly touhu být lepší než ostatní, vyhledávaly tak další informace o hubnutí a napodobovaly chování svých idolů v hubnutí. Sledování příběhů o úspěšné kontrole tělesné hmotnosti podporovalo dietní chování. Srovnávání souviselo s citlivostí na úspěch či selhání v kontrole tělesné hmotnosti (Nehybková et al., 2018).

Normalizace extrémního chování a postojů – účastnice výzkumu vyhledávaly na internetu takové informace, které podporovaly jejich přesvědčení, že jejich patologické chování není nemoc. Internetem poskytnuté, zkreslené informace o dietním chování a jeho dopadech, radikalizovaly postoje nemocných směrem k patologickému chování (Nehybková et al., 2018).

Proanorektické a probulimické internetové stránky – tyto webové stránky dávaly respondentkám prostor pro sebevyjádření a sebe prezentaci. Poskytovaly jim sociální akceptaci v hubnutí, což vedlo k podpoře sebevědomí (Nehybková et al., 2018).

Pocit sociálního začlenění – sociální on-line skupiny přinášely respondentkám pocit toho, že někam patří, mají cíle, úspěchy a kamarády. Proanorektické a probulimické blogy poskytovaly dívkám vzájemnou podporu ostatních členů (kamarádů). I přes to, že jim tato sociální on-line podpora ve fázi léčby chyběla, dokázaly vnímat její rizika a vyhýbat se jí (Nehybková et al., 2018).

Pro praxi autoři doporučují vnímat fázi onemocnění, ve které se nemocný nachází, protože s tím souvisí jeho motivace k léčbě a také způsob, jak aktivita na internetu ovlivní jeho zdravotní stav. Jako užitečné vnímají podporovat motivaci k léčbě, a to prostřednictvím sdílení vlastních zkušeností v on-line prostředí. Dále doporučují podporovat komunikaci s dalšími uživateli, a to i o jiných tématech, než je nemoc (Nehybková et al., 2018).

4.5. Výzkumy užívání lékařského konopí

Odborníci se v dánské studii, mimo jiné, zaměřili na účinky syntetického agonisty kanabinoidů (dronabinol) na tělesnou hmotnost žen s těžkou a trvalou MA (Andries, Frystyk, Flyvbjerg, & Støving, 2013)

Výzkum probíhal mezi lety 2008-2011 ve specializovaném centru pro PPP. Výzkumu se účastnilo 25 žen starších 18let, u kterých trvala MA nejméně 5 let.

Část nemocných dostávala dronabinol a část placebo. Včetně terapeutického režimu byl po dobu 4 týdnů podáván dronabinol v dávce 2,5 mg a odpovídající placebo (Andries et al., 2013). Výsledky poukazují, že dronabinol může pomoci anorektickým pacientům přibrat na tělesné hmotnosti. Terapie dronabinolem vyvolala oproti placebo malé, ale významné zvýšení hmotnosti u účastnic výzkumu. Přičemž dronabinol byl nemocnými snášen dobře bez přítomnosti závažných, nežádoucích účinků (Andries et al., 2013).

Studie z roku 2018 zveřejněná v časopise *Journal of Affective Disorders* přinesla zjištění, že akutní intoxikace konopím dočasně zmírňuje vnímané stavy úzkosti, stresu a deprese. Dlouhodobé užívání však může základní příznaky deprese zhoršit. Zajímavé bylo, že ženy uváděly větší snížení úzkosti než v muži (Cuttler, Spradlin, & McLaughlin, 2018).

K výzkumným účelům byla data zpětně získána z lékařské aplikace Strainprint, která slouží uživatelům lékařského konopí ke sledování změn jejich zdravotních obtíží v závislosti na užívání konopí. 561 uživatelů užilo aplikaci 3 151× ke sledování změn deprese, 770 uživatelů užilo aplikaci 5 085× ke sledování změn úzkosti a 726 lidí užilo aplikaci 3 717× ke sledování změn stresu (Cuttler et al., 2018).

VÝZKUMNÁ ČÁST

5 VÝZKUMNÝ PROBLÉM, CÍL A VÝZKUMNÉ OTÁZKY

V této kapitole se budeme zabývat výzkumným problémem, stanovíme hlavní výzkumný cíl, dílčí cíle a vyplývající výzkumnou otázku s otázkami dílčími.

5.1. Výzkumný problém

V teoretické části jsme si stanovili za cíl přiblížit čtenáři komplexnost problematiky PPP se zaměřením na léčebný proces. Představili jsme zde současnou podobu onemocnění a proces jeho léčby, včetně odborných a neodborných možností léčby. Poslední kapitolu jsme věnovali dosavadním výzkumům, které se týkají podpurných a ztěžujících faktorů léčby.

Poruchy příjmu potravy jsou onemocněním, které postihuje čím dál mladší generace, ale také současně generace starší. Délka onemocnění se pohybuje v řádu několika let, mnohdy se sklony ke chronickému průběhu. Úspěšnost léčby je podmíněna mnoha faktory. Mezi ty nejstěžejnější patří kvalitní odborná, ideálně, interdisciplinární péče. V rámci ní žádoucí přístup odborníků, vhodná podpora sociální opory, a pochopitelně motivace nemocného. Léčbu současně stěžují negativní faktory, jejíž zdroje nalezneme jak v rámci odborné, tak neodborné péče. I charakter samotného onemocnění sám o sobě léčbu stěžuje.

Vzhledem k výše uvedeným skutečnostem vnímáme za podstatné a velmi užitečné využít zkušenosti jedinců s léčbou PPP k získání informací o tom, co léčbě pomáhá a co jí naopak ztěžuje. A to s cílem zkvalitnit nejen odbornou péči, v rámci ní přístup odborníků, ale také přístup sociální opory (neodborná péče) a podpořit nemocné v podílení se na léčbě vlastní aktivitou. Naším výzkumem jsme současně chtěli umožnit jedincům se zkušeností s léčbou PPP sdílet své poznatky a podílet se tak na smysluplném výzkumu s potenciálem pomoci lidem s PPP.

5.2. Výzkumné cíle a výzkumné otázky

Naším cílem bylo zjistit podpurné a ztěžující faktory v procesu léčby PPP u jedinců se zkušeností s tímto onemocněním. Dílčími cíli výzkumu pak bylo zjistit, podpurné

a ztěžující faktory odborné a neodborné péče, vlastní aktivity, dále podpůrné faktory v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě a stěžující faktory nemoci. Zaměřili jsme se také na příčiny relapsů a subjektivně vnímané potřeby participantů po dobu jejich léčebného procesu.

Hlavní výzkumnou otázkou bylo „*Co lidem se zkušeností s PPP v jejich léčbě pomáhalo a naopak, co jim jejich uzdravení ztěžovalo?*“ Dále byly stanoveny dílčí výzkumné otázky, které vychází z jednotlivých cílů:

1. Jaké faktory odborné péče jsou považovány za podpůrné a ztěžující?
2. Jaké faktory neodborné péče jsou považovány za podpůrné a ztěžující?
3. Jaké faktory vlastní aktivity jsou považovány za podpůrné a ztěžující?
4. Jaké faktory jsou považovány za podpůrné v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě?
5. Jaké faktory onemocnění jsou považovány za ztěžující?
6. Jaké jsou vnímané příčiny relapsů?
7. Jaké jsou vnímané potřeby v léčebném procesu?

6 METODOLOGICKÝ RÁMEC

Téma výzkumu vzniklo na základě osobního zájmu a zkušenosti autorky práce. Ta jej přednesla současné vedoucí diplomové práce s návrhem jejího vedení. Po schválení tématu výzkumu byl vytvořen návrh ideového a technicko-logistického plánu výzkumu.

V této kapitole se budeme věnovat metodologickému rámci výzkumu – představíme typ výzkumu, design výzkumu, metodu získávání dat a zpracování dat, výzkumný soubor a etické otázky a jejich řešení.

6.1. Typ výzkumu

V souladu s výzkumnými otázkami, které si kladou za cíl zjistit podpůrné a ztěžující faktory v léčbě osob se zkušeností s PPP, jsme zvolili kvalitativní výzkum, v němž se pro poznání zkoumaného jevu užívá kvalitativních metod (Miovský, 2006). Tento idiografický přístup je často užíván ke zkoumání neopakovatelných a jedinečných fenoménů, a to v celé jejich šíři a všech možných rozměrech (Ferjenčík, 2010; Miovský, 2006). K jeho stěžejním charakteristikám patří kontextuálnost, kterou se rozumí vázanost zkoumaného jevu na subjekt, kontext a časovost (Čermák, 2002, in Kostínková & Čermák, 2013; Miovský, 2006).

Cílem kvalitativního výzkumu je rekonstrukce významu jevu, který zkoumáme. Expert vytváří komplexní a holistický obraz, analyzuje slova i rozsáhlejší verbální a nonverbální významové jednotky a důkladně zachycuje názory respondentů v jejich přirozeném prostředí (Čermák, 2002, in Kostínková & Čermák, 2013). Nedomyslitelnou roli zde sehrává sám výzkumník, který se stává součástí výzkumu. Svou vlastní zkušenost může sdílet s ostatními participanty, podílí se na tvorbě dat, ovlivňuje je a je jimi ovlivňován (Hendl, 2005; Miovský, 2006).

Pro námi zkoumaný fenomén jsme zvolili metodu Interpretativní fenomenologické analýzy (dále uvádíme pod zkratkou IPA), kterou podrobněji charakterizujeme dále. Důvodem našeho výběru byla potřeba porozumět žité zkušenosti našich participantů s jejich léčbou.

6.2. Design výzkumu a tvorba dat

Výzkum byl realizován v období od října 2019 do července 2020. V říjnu 2018 byla zahájena rešerše odborné literatury a byl navržen ideový a technicko-logistický plán výzkumné studie. V listopadu 2018 byly shromážděny nezbytné materiály pro přípravu struktury rozhovoru. V únoru 2019 proběhl první pilotní rozhovor, na jehož základě byla pozměněna struktura rozhovoru. Bylo vyjmuto rozdělení na období dobrovolné a nedobrovolné léčby a období uvědomování si a neuvědomování si onemocnění. Původně zjišťované motivy byly nahrazeny potřebami. Vnímáme, že otázka dobrovolnosti a uvědomění je velmi individuální a spekulativní téma, což se nám při realizaci výzkumu potvrdilo. Ke zjišťování potřeb jsme se rozhodli na základě již zmíněného pilotního rozhovoru, také rešerše literatury a po celkovém hlubokém zvážení. Dále také z důvodu potencionální obtížné uchopitelnosti tohoto psychologického konstruktury respondenty a potencionálu efektivnějšího využití zmapovaných potřeb v psychologické praxi. Počátkem dubna 2019 došlo k oslovení potencionálních respondentů prostřednictvím sdílení nabídky na sociální síti Facebook. V říjnu 2019 byl uskutečněn první a v červenci 2020 poslední rozhovor. Uskutečňovaly se postupně v celém tomto období. Po každém rozhovoru byla provedena transkripce a následné čtení. Přepsané rozhovory i následné interpretace výsledků byly respondentům zaslány ke kontrole.

Data byla tvořena prostřednictvím metody polostrukturovaného rozhovoru, která je jednou z nejrozšířenějších typů interview (Miovský, 2006). Jedná se o metodu, která respondentovi umožňuje volně mluvit o tématu, reflektovat svůj postoj k němu a rozvíjet o něm své myšlenky (Smith, 2004 in Kostínková & Čermák, 2013). Taktéž Hendl (2005) popisuje specifika polostrukturovaného rozhovoru v respondentově volnosti v projevu vlastních pohledů a názorů, která zprostředkovává jasnější náhled a pochopení situace z jeho úhlu pohledu. Miovský (2006) spatřuje možné nevýhody v nedodržení závazné struktury pokládání nadbytečných doplňujících otázek, narušujících konzistenci respondentovy výpovědi. Ferjenčík (2010) dále uvádí, že není vždy nasnadě naše myšlenky a pocity předat prostřednictvím jazyka. I přes výše uvedená úskalí a jiné možnosti tvorby dat jsou individuální, hlubkové polostrukturované rozhovory nejoblíbenější metodou sběru dat při užití IPA (Pietkiewicz & Smith, 2014).

Při sběru dat pracuje výzkumník s předpřipraveným schématem rozhovoru, které zahrnuje předem vytvořené okruhy otázek. K přednostem polostrukturovaného rozhovoru

patří možnost změny pořadí otázek, která umožňuje přizpůsobit rozhovor dané situaci a konkrétnímu účastníku výzkumu. Cílem je získat jedinečná kvalitativní data zachycující zkušenost respondenta, proto má výzkumník v průběhu rozhovoru možnost klást dodatečné otázky, které mu pomáhají více porozumět žité zkušenosti respondenta (Kostínková & Čermák, 2013; Pietkiewicz & Smith, 2014).

Otázky k našemu rozhovoru byly vytvořeny v souvislosti s výzkumnými otázkami, které nám definují závazný rámec jejich obsahu. Rozhovor byl veden na základě doporučení uvedených v kapitole o metodě IPA od Kostínkové a Čermáka (2013) v knize Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy.

6.3. Metoda zpracování a analýzy dat

Jak již bylo uvedeno výše, pro náš výzkum jsme zvolili kvalitativní formu a metodu IPA. Před samotným sběrem dat autorka práce reflektovala svoji zkušenost s léčbou PPP. Díky tomuto kroku došlo k reflexi autorovi zkušenosti s tématem výzkumu. Jak uvádí Kostínková a Čermák (2013), reflexe vlastní zkušenosti s tématem umožňuje výzkumníkovi uvědomit si svojí interpretativní roli ve výzkumném procesu, efektivně pracovat s daty a zajistit validitu analýzy. Dále také uvádějí, že vzhledem k možné proměnlivosti výzkumníkova vztahu k tématu během analýzy, je na místě reflexi provést několikrát po dobu výzkumu (Kostínková & Čermák, 2013). I zde jsme se drželi doporučení. Především z důvodu osobní zkušenosti autora s onemocněním PPP. Reflexe zkušenosti byla v průběhu rozhovorů a analýzy několikrát opakována. A to formou vedení vnitřního dialogu se sebou. Tato reflexe pomohla výzkumníkovi v oddělení jeho role a role respondenta. Souhrnná reflexe výzkumníkovy zkušenosti s léčbou PPP je uvedena dále.

Dle doporučení byly rozhovory nahrávány na mobilní telefon, následně přepsány do elektronické podoby, a to prostřednictvím software Microsoft Word. Data byla zabezpečena jejich uložením na přenositelný disk, který podléhá osobnímu vlastnictví autorky práce a není přístupný třetím osobám. Takto shromážděná data byla vždy několikrát čtena a na základě toho byly vytvořeny podnětné poznámky pro další rozhovory. Přepsané rozhovory byly opatřeny řádkováním a širokými okraji pro snadnější následnou práci s daty. Takto upravené rozhovory byly vytištěny pro účely následné analýzy

Po opětovném čtení přepsaného rozhovoru a poslechu nahrávek jsme přistoupili k tvorbě počátečních poznámek. Již při čtení jsme podtrhávali podstatné části textu. Po tomto

kroku jsme zaznamenávali počáteční poznámky na levý okraj textu, a to spolu s číslem stránky a řádku. S takto vytvořenými poznámkami a komentáři jsme přistoupili k další části analýzy. A to k tvorbě rodících se témat, kterou jsme prováděli zobecňováním našich poznámek a komentářů. K tomu jsme využili pravý okraj textu, do kterého jsme vyplývající nadřazená témata vpisovali, především pro zachování kontaktu s konkrétní výpovědí. Témata, která neodpovídala našim výzkumným otázkám byla po zvážení vyřazena. Poté jsme témata vypsali na jednotlivé papíry, rozložili na zem a přešli jsme tak k hledání společných či nadřazených témat. Proto, abychom neztratili kontakt s konkrétní výpovědí respondenta, jsme měli po celou dobu analýzy k dispozici přepsaný rozhovor.

Po posledním bodu analýzy jednoho případu, jsme přešli k interpretaci výsledků, které z analýzy vzešly. Ve chvíli, kdy jsme dokončili analýzu a interpretaci posledního případu, jsme přešli k hledání souvislostí mezi jednotlivými případy. Veškerá témata, která se vyskytovala u účastníků výzkumu jsme si vypsali na malé papírky. Ty jsme následně rozložili na stůl tak, abychom byli schopni hledat souvislosti mezi nimi. Hledali jsme témata nadřazená, která co nejlépe vystihovala podpůrné a ztěžující faktory v procesu léčby PPP, příčiny relapsů a zažívané potřeby. Výsledky tohoto bodu jsme následně prezentovali v rámci jednotlivých výzkumných otázek.

6.4. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor byl tvořen celkem pěti participanty se zkušeností s léčbou PPP. Počet respondentů odpovídá doporučení Smitha, Flowerse a Larkina (2009, in Kostínková & Čermák, 2013), kteří doporučují pro magisterské diplomové práce vzorek 3–6 respondentů.

Ve čtyřech případech se jednalo o svobodné a bezdětné ženy. Jedna žena je vdaná a má dvě děti. Průměrný věk žen činil 26,4 let. Nejmladší respondentka měla 23 let, dvě nejstarší respondentky 28 let. Respondentky žily v období léčby v rozličných krajích, a to v Olomouckém kraji (Sára), Středočeském kraji (Ela), Jihomoravském kraji (Klára) a v Praze (Denisa a Pavla). U dvou respondentek se vyskytovala MA a MB. U dalších dvou MA a ZP a poslední respondentka měla zkušenost s MA, MB i ZP. Čtyři z respondentek uvádí přidružená onemocnění. A to lupenku a epilepsii (Ela), deprese (Denisa), deprese a úzkosti (Klára), užívání návykových látek – tvrdé drogy (Sára). Průměrná délka léčebného procesu, včetně současnosti (fáze udržení) činí 13,6 let. Všechny respondentky mají

zkušenost s hospitalizační léčbou, a to buď v Praze-Motole nebo v Brně-Bohunicích. Dvě z respondentek uvádí zkušenost s denním stacionářem Karlov.

Rozhovory byly prováděny retrospektivně, s ohlédnutím do prožitků v procesu léčby. Celková doba trvání rozhovorů činila 13 hodin 32 minut. Průměrná doba jednoho rozhovoru činila 2 hodiny 42 minut. Nejkratší rozhovor trval 2 hodiny 11 minut a nejdelší rozhovor trval 3 hodiny 15 minut.

Tři rozhovory byly provedeny osobní formou, v místě bydliště respondentů. Další dva rozhovory byly provedeny vzhledem k epidemiologické situaci on-line pomocí aplikace Zoom.

6.5. Výběr výzkumného souboru

Podmínkou pro zařazení do výzkumného souboru byla prožitá zkušenost s PPP (MA, MB a ZP). Další podmínkou byla hospitalizace na psychiatrickém oddělení pro diagnózu, a to maximálně před 15 lety. Žádoucí podmínkou byl současný zdravotní stav respondenta. Do našeho výzkumu jsme hledali pouze ty jedince, kteří se v současné době, a to minimálně dva roky, cítí subjektivně psychicky i fyzicky uzdravení. A především uskutečňují takové kroky, které jejich zdraví podporují a předcházejí relapsům a recidivě.

Pro výběr respondentů jsme zvolili metodu výběru souboru samovýběrem, která, jak popisuje Miovský (2006), je založena na principu aktivního projevení zájmu o účast ve výzkumu. Za využití sociální sítě Facebook jsme oslovili skupinu potencionálních účastníků výzkumu. Tuto metodu jsme zvolili především z toho důvodu, že námi chystaný proces sběru dat vyžadoval vysokou míru dobrovolnosti a vnitřní motivace účastníků.

Do výzkumu se přihlásilo celkem 6 žen, kterým byla zaslána průvodní zpráva. Ta zahrnovala rekapitulaci podmínek účasti a práva respondentů. Na základě reakcí na průvodní dopis byla 1 respondentka vyřazena. A to z důvodu, že nesplňovala zkušenost s hospitalizační léčbou. Respondenti se do našeho výzkumu přihlašovali průběžně po dobu realizace sběru dat.

6.6. Reflexe autorčiny zkušenosti

K tématu výzkumu mě vedla osobní zkušenost s léčbou MA purgativního typu s komorbiditou nadměrného užívání alkoholu a ruminační poruchy. Délka onemocnění,

včetně léčby se pohybovala přibližně 14 let, s prvními příznaky okolo 10 let. Z toho léčebný proces trval přibližně 10 let až do současnosti. K uvědomění

V rámci léčby jsem získala zkušenost s Centrem Anabell, s ambulantní péčí u dětského lékaře a psychiatra, s hospitalizací v nemocnici na dětském oddělení, s hospitalizací na dětské psychiatrické klinice v Brně-Bohunicích a v Praze-Motole, dále s psychologickou pomocí v rámci individuálních terapií.

Podpůrné a ztěžující faktory odborné péče

Na počátcích léčby mi velmi pomohlo Centrum Anabell, na jehož popud jsem onemocnění otevřeně přiznala rodičům. V rámci ambulantní léčby u dětského lékaře a psychiatra, jsem se převážně setkala s milým, ale méně chápavým přístupem. „*Tvému onemocnění moc nerozumím, ale pokusím se ti pomoci selským rozumem.*“, „*Musíš jíst, jsi přece krásná holka.*“ „*Rodiče mají strach.*“ Tyto přístupy ve mně vzbuzovaly pocity viny, nepochopení a současně nutkavou potřebu v nemoci setrvávat. Při hospitalizaci v Brně-Bohunicích jsem se setkala se spíše direktivním přístupem. „*Pokud nebudeš jíst, odvezeme tě do Motola a tam to takové už nebude.*“ Vzhledem k plnému neuvědomění si onemocnění a jeho nepřipouštění mě tento přístup motivoval v nemoci setrvávat. Dostat se do Motola bylo po mě úspěchem. Naopak přístup v Motole byl založen spíše direktivně. Nedokážu jednoduše zhodnotit, zda hospitalizace zde byla pro mě podpůrná. Obecně vnímám, že jsem hospitalizací v Motole získala čas k přemýšlení a nabyla lepšího fyzického zdraví. Současně jsem se ve své nemoci více překlenula k přejídání, vnímám, že mé mentální zdraví se po dobu hospitalizace zhoršilo. Psychologická péče zde byla pro mě nedostatečná (žádná individuální terapie), několik expresivních terapií (spíše pro relaxaci), a to dle nárůstu váhy. Po hospitalizaci jsem navštěvovala jednoho psychologa, který mi vyhovoval – jeho přístup byl založen na myšlence „*PPP nejsou o jídle.*“ Vzhledem k tehdy nízké motivaci k léčbě jsem individuální terapie přerušila.

Podpůrné a ztěžující faktory neoborné péče

Myslím, že jsem měla velké štěstí na sociální oporu. V rodině, především mamince, přátelích i partnerech, jsem vždy našla reálnou oporu bez soudů, výčitek a přesvědčování. To mi dávalo pocit, že mi věří, že si jsou vědomi toho, že situace, ve které se nacházím je i pro mě obtížná, bezvýchodná a těžko pochopitelná. Samozřejmě se občas našli tací, kteří neměli to pochopení, měli hloupé poznámky a nutili mě jíst. V takových situacích jsem se vždy ohrazovala a spíše tíhla ke své nemoci. Při hospitalizaci jsem si našla přátele, se

kterými jsme si byli vzájemnou oporou, ale také inspirací v dalším nezdravém chování. U tohoto onemocnění jsem se setkala také s diskriminací. A to již v době, kdy jsem trpěla občasnými příznaky ruminační poruchy a aktivně svůj problém řešila. Tehdy jsem se se svým problémem svěřila v soukromé skupině pro osoby s PPP na sociální síti Facebook. Tato informace byla následně sdělena mému zaměstnavateli, který tak získal přesvědčení, že vzhledem k pozici, kterou jsem vykonávala, není vhodné, abych nadále ve svém zaměstnání setrvala. Vzhledem k tomu, že jsem se v tomto období nacházela v procesu vědomého a dobrovolného uzdravování, jsem se cítila velmi ponížena a za své onemocnění diskriminována. Tehdy jsem si uvědomila rozsáhlost dopadů psychického onemocnění.

Podpurné a ztěžující faktory vlastní aktivity

Svépomoci jsem věnovala největší část své léčby. V počátcích mi velmi pomohlo o svém onemocnění mluvit. Nahlas říkat ve svém okolí, že nucení do jídla mě povede pouze k dalšímu špatnému chování. Myslím, že mi velmi pomohl čas, který mi dal prostor k sebepoznání. Postupně jsem se tak začala věnovat aktivitám, které mě baví, které jsou pro mě zdrojem sebehodnoty. Postupně jsem do svého života začala zařazovat pevný režim s jasnými pravidly. To mi velmi pomohlo zbavit se bulimických příznaků. Velmi mi pomohlo na nějaký čas zrušit zrcadla a přestat sledovat svoji tělesnou hmotnost. Začala jsem se pravidelně věnovat přirozenému pohybu, intuitivnímu stravování, józe smíchu a meditacím.

Příčiny relapsů a pocíťované potřeby

Vnímám, že mé onemocnění bylo spíše chronického charakteru, nedokážu proto určit, zda jsem se s relapsy potýkala. Tak stejně si nevzpomínám na to, zda jsem něco potřebovala.

6.7. Etika výzkumu

Během celého výzkumu jsme dbali na dodržování etických zásad. Již zpočátku jsme si byli vědomi faktu, že se jedná o zkušenost jejíž reprodukce může být pro respondenty citlivá. Měli jsme taktéž na vědomí problematiku stigmatizace tohoto onemocnění. Po celou dobu rozhovoru jsme se snažili o velmi individuální a citlivý přístup k respondentům. A to s ohledem na dodržení hranic kontaktu mezi výzkumníkem a respondentem. Snažili jsme se o navození přátelské a uvolněné atmosféry, ačkoliv jsme vystupovali v roli výzkumníka. I po ukončení rozhovorů jsme vnímali rizika možného emočního rozladění

z důvodu vyprávění svého příběhu. Proto jsme naše respondenty opakovaně kontaktovali s cílem informovat se o tom, zda vnímají, že po našem rozhovoru je vše, co se týče tématu PPP v pořádku. V případě, že by se objevily jakékoliv problémy, jsme byli připraveni poskytnout respondentkám oporu ve formě předání kontraktu na Centrum Anabell.

Z legislativní stránky jsme jednali obezřetně, aby nedošlo k poškození či ohrožení účastníků výzkumu. Již v úvodním slovu při hledání respondentů jsme zdůrazňovali práva respondentů a zaručenou anonymitu. Tento fakt jsme respondentům sdělili také před zahájením samotného interview. Účastníkům výzkumu také byly podány informace o dobrovolné účasti na výzkumu a možnosti kdykoliv odstoupit. Respondenti nám dali ústní souhlas s nahráváním rozhovoru. Výzkum probíhal v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

7 VÝSLEDKY

V této kapitole prezentujeme výsledky vzešlé z analýz rozhovorů. V první podkapitole se věnujeme jednotlivým případům, kde zkušenosti našich participantů představujeme v rámci dílčích výzkumných otázek. U každého případu začínáme kazuistickým úvodem, na který navazujeme interpretací zkušenosti participanta s léčbou PPP. Tučně zvýrazněná slova jsou klíčovými tématy každého z respondentů. V přílohách uvádíme tabulky s tématy námi vybraných respondentů (Klára, Denisa). V druhé kapitole jsou uvedeny tabulky, které shrnují jednotlivá témata společná pro všechny respondenty. Dále prezentujeme výsledky v rámci dílčích výzkumných otázek.

V rámci výzkumných otázek 1-3 jsou výsledky uváděny jednotlivě v rámci podpůrných a ztěžujících faktorů. U čtvrté výzkumné otázky jsou výsledky prezentovány taktéž zvlášť, jako podpůrné faktory v uvědomění onemocnění a podpůrné faktory dobrovolnosti v léčbě. V průběhu analýzy jsme zaznamenali ztěžující a podpůrná témata, které sám participant nepřihodil hodnotící konotaci. Taková témata jsme v průběhu analýzy označili jako „určeno námi“. Při interpretaci výsledků jsou tato témata značně oddělena, a to pomocí formulace „jsme určili“.

Námi zvolený postup prezentace výsledků nám umožnil zachovat si kontakt s konkrétními zkušenostmi našich participantů a pomocí analýzy všech respondentů odpovědět na stanovené výzkumné otázky.

KLÁRA

Kláře je 23 let. V současné době studuje právo na vysoké škole. Klára pochází z rozvedené rodiny, kde se její tatínek potýkal se závislostí na alkoholu. Klára je nejmladším dítětem z pěti sourozenců. Osobní zkušenost má s mentální anorexií a mentální bulimií. První příznaky MA zmiňuje ve 12 letech. Po MA se potýkala také s MB. Délku léčebného procesu udává 10 let. Z toho se přibližně 3 roky nachází ve fázi uzdravení (udržení). Klára uvádí přidružené onemocnění deprese a úzkosti, ve svém vyprávění se také zmiňuje o suicidálním pokusu. V rámci odborné péče byla Klára hospitalizována na psychiatrické klinice v Brně – Bohunicích.

Rozhovor s Klárou probíhal v místě jejího přechodného bydliště. Klára byla po celou dobu pozitivně nalazena. S klidem odpovídala na položené otázky. Po dobu celého rozhovoru panovala příjemná atmosféra.

Podpůrné a ztěžující faktory odborné péče

Podpůrné faktory

V rámci hospitalizační péče zmiňuje Klára jako podpůrný **samotný pobyt na psychiatrii**, jehož přínos vnímá nejen v možnosti zdravotní rekonvalescence, ale také v oblasti sociálních vztahů: „*A tak, tak myslím si, že svým způsobem mi pomohla nemocnice dostat se z takovýho toho stavu. Já, když jsem tam šla, tak sem se třásla, nebyla jsem schopná vůbec ničeho. Důležitý to bylo pro mě i z toho hlediska sociálního, právě.*” V souvislosti s podporou v mezilidských vztazích uvádí jako další **canisterapie**, kterých se při hospitalizaci účastnila. Na psychiatrii v Bohunicích považuje za výhodný **nedirektivní přístup**, na kterém zde byla léčba založena. Uvádí: „*Ano, nenutili tě jíst, cos snědla, to oni zapsali.*”, „*Viš, že tě odvezou na kapačky, ale nechávaj to na tobě, to rozhodnutí.*“ Tento přístup, jakožto podpůrný, popisuje dále u **nutriční terapeutky** zde na psychiatrii: „*A nenutila mě do všeho.*“, „*A fakt jsme se o tom bavily, a to mi pomáhalo.*” U této terapeutky také uvádí **možnost alternativ ve stravování**: „*Když jsem to tolik nejedla, hledali jsme pak jiné alternativy.*” Nedirektivní přístup dále zmiňuje u **psycholožky** z Brna, kterou navštěvovala později po hospitalizační léčbě. Zde uvádí: „*Nechávala mi ten prostor, rozhodnout se sama, do ničeho mě nenutila.*“ A v poslední řadě u nutriční terapeutky z Centra Anabell uvádí: „*Že jsem se cítila, že se podílím na té léčbě, že je to na mně, jak se rozhodnu.*” S Klárou jsme se bavili také o přístupu odborného personálu na psychiatrii. Zde oceňuje **podporu zdravotních sester**, která se netýkala pouze zájmu jejího onemocnění: „*Pro mě, jakože bylo důležitý, když se třeba bavily se mnou a nešlo tam jen o to, co jsem snědla a co ne, že mě prostě neberou jen skrze tu nemoc.*”

V rámci hospitalizační péče, především v návaznosti na ni, docházela Klára k **psychiatričce**, která jí nalsouchala a měla pro její zdravotní, a především rodinnou situaci pochopení: „*Nějak jsem pochopila, že kope za mě, že má to pochopení. To mě podporovalo.*”, „*I když to byly blbosti, tak se to snažila obhájit před našima.*”, „*Tím, že mě poslouchala, že tam bylo to, že mi rozumí.*” Tento přístup jsme označili jako **empatické porozumění**. Jak u psychiatričky, tak u psycholožky, o které jsme hovořili výše, zmiňuje Klára jako podpůrný **partnerský přístup**. U psycholožky také dodává **bezpodmínečné přijetí**: „*Vždycky mě vyslechla, a hlavně přijímala s tím jaká jsem.*” Dále **techniku**

semaforu, která jí pomohla v rámci mentální bulimie. Při hospitalizaci také zmiňuje **autogenní trénink**, který jí pomáhal v uvolnění mysli od nemoci: „*Že jsem chvíli odpočívala, nemyslela na nemoc.*“

V období anorektického relapsu navštívila Klára nutriční terapeutku z Centra Anabell. Vedle nedirektivního a partnerského přístupu, který popisuje jako: „*Ten osobní vztah, partnerský,*“ jí vyhovovaly **psychoedukace** a **ergoterapie**, které jí terapeutka poskytovala. Psychoedukace Kláře pomáhaly v pochopení zákonitostí fungování lidského organismu (metabolismu). Uvádí: „*Ona mi hodně vysvětlovala, jak to funguje, jakože jak spalujeme a tak.*“ Ergoterapie byly pro Kláru přínosem v nácviku stravování a možnosti sdílet své pocity spojené s jídlem přímo s terapeutkou: „*Daly jsme si spolu dort a měla jsem popisovat, co cítím, to bylo super, protože takhle jsem to s ní mohla probrat, a to bylo pro mě dobré.*“ Klára dále vyzdvihuje, ve srovnání s běžnými nutričními terapeuty **psychologickou podporu nutriční terapeutky** v Anabell: „*Jakoby, já jsem byla jako u více nutričních terapeutů, ale žádnéj mi jako nepomohl, ale protože většinou to bylo jenom o tom, že mě zvážili a řekli mi kolik mám tuku a takovejch věcí a co mám jíst.*“, „*Ale ona ne, ona to byla taková jako trošku jako i psychologická pomoc.*“

Ztěžující faktory

V počátcích léčby navštěvovala Klára se svojí maminkou **dětskou lékařku**. Ta i přes Klářinu zjevnou podváhu a matčino naléhání **bagatelizovala onemocnění**: „*Ale prostě když jsem měla podváhu, tak to prostě nechtěla nějak striktně řešit, prostě řekla, že mám takový období.*“ Takový přístup vedl Kláru, jak sama vnímá, k ambivalentním myšlenkám, přičemž převažoval hlas nemoci: „*Dalo mi to teda info o tom, že musím teda ještě víc hubnout, protože na tom ještě nejsem úplně tak blbě, takže takto zpětně mi to nepomohlo a na druhou stranu se pak se ozval jako ten normální hlas, že to ještě není tak hrozný a že to můžu ještě vrátit zpátky.*“

Ještě před tím, než začala Klára navštěvovat psycholožku z Brna, která jí svým přístupem vyhovovala, vyzkoušela i jiné psychology. Svoji zkušenost s nimi popisuje slovy: „*To bylo hrozný.*“ Zmiňuje konkrétně jednu paní **psycholožku s direktivním přístupem**, která: „*Jen říkala, co mám dělat, že mě vůbec nechtěla poslouchat, třeba jak se cítím nebo tak.*“

Podpůrné a ztěžující faktory neodborné péče

Podpůrné faktory

Po dobu léčby zmiňuje Klára jako podpůrné **spolužáky** na základní škole a jejich **bezpodmínečné přijetí**. I přes to, že měla tehdy pocit, že na ni někteří spolužáci nahlíží, jak uvádí: „*Skrz prsty.*” U jiných zmiňuje: „*Že ti mě s tím přijali.*”, „*Prostě mě brali tak, jak jsem byla, takže to bylo takové dobré.*” V souvislosti se vstupem na vysokou školu a tím nově získané role „*zdravé*“ zmiňuje Klára jako podpůrné přijetí svými stávajícími kamarády. Zde však je nutné vzít v potaz, že přátelé z vysoké školy nevěděli a neví o Klárině onemocnění, proto jejich přístup neřadíme k podpůrným v rámci onemocnění.

Po dobu hospitalizace zmiňuje Klára **podporu v ostatních pacientech** na psychiatrii, kteří pro ni byli sociální oporou: „*Že jsem tam měla jakoby podporu těch ostatních děcek, že jsem měla pocit, že mi někdo rozumí.*”

Ztěžující faktory

Jako ztěžující ze strany sociální opory vnímá Klára přístup její **rodiny**, zde hovoří o rodině jako takové. Zmiňuje jak rodiče, tak také babičku a bratrance. Kláře bylo velmi nepříjemné, že k ní rodina přistupovala skrze onemocnění, **vnímala jí jako nemocnou**. Jak sama Klára vnímá, tento přístup jí nebyl jednak příjemný a současně jí v roli nemocného podporoval: „*Ta pozice toho nemocného doma, to že mě tak brali, jako nemocného člověka, to mě já nevím, jak to říct, že jakože když oni mě tak brali tak já pak se tak i chovala, že jsem se v té pozici udržovala, toho nemocného člověka.*” Klára s námi také mluvila konkrétně o přístupu jejich rodičů. O negativně zažívaném **nepochopení** jejího tatínka a těžce snášeném **strachu** její maminky. V případě maminky uvádí: „*Ten strach se na mě přenášel, a to mě drželo dole.*” U tatínka popisuje negativně zažívané **nucení do jídla a vážení**, které jí naopak více udržovalo v jejím onemocnění. V konkrétní situaci s otcem uvádí: „*Tatka naopak tomu zas vůbec nerozuměl a nechápal mě, nutil mě jíst, jednou mi dal sníst dort, bylo to strašný, pořád mě vážil. Tam to bylo pro mě hrozný, nebo jako hrozný, nechápal to.*” V odpovědi na otázku, jak na takový přístup reagovala, zmiňuje: „*Já reagovala tak, že jsem nejedla pak vůbec. Já jsem do toho začala hodně lhát, schovávala jsem jídlo všude možně.*”, „*Bylo to vlastně kontraproduktivní, mě to nedonutilo jíst, donutilo mě to naopak k tomu podvádění. Zároveň to bylo pro mě stresující a zároveň odpuzující od jídla.*” Klára také popisuje, že zjevné přejídání nevzbuzovalo takovou pozornost jak MA: „*Jo oni zpočátku doma to až moc neřešili. Mamka byla ráda, že přibírám, takže jako by to bylo takový jakože, já jsem z toho byla taková špatná, nechtěla jsem chodit do školy, no.*”, „*Mamka věděla, že se*

přejídám, bylo to zjevný.” V souvislosti s tím také zmiňuje: „*A pak se to vlastně řešilo jinak, řešilo se to míň než anorexie. Anorexie je výraznější, viditelnější. U bulimie jsem pak byla hodně nechaná na pospas.*“ Na základě výše uvedeného uvádíme jako ztěžující **přejídání není považováno za problém**. Klára dále hovoří o **zátěžové rodinné situaci**, která především souvisela s jejím otcem, závislým na alkoholu: „*A pak to byla celková situace v rodině spojená s tátou. To mi nedávalo úplně tu jistotu a tu oporu.*“

I zde hovoří Klára o ostatních pacientech při hospitalizaci v Brně: „*A pak tam hodně platí to, co jsi neuměla, to se hodně naučíš, spoustu věcí jsem se naučila, co jsem do té doby ani nedělala. Takže třeba víc podvádět. Nebo pít vodu před vážením nebo podobný věci, což vlastně nebylo dobré.*“, „*Ale taky jsem se nedokázala podporovat s holkama co měly stejné problémy, protože my jsme spolu mezi sebou soupeřily, která toho snědla míň.*“ Vzhledem k zmiňovanému uvádíme jako téma **ostatní pacienti jako zdroj patologického chování**.

Podpůrné a ztěžující faktory vlastní aktivity

Podpůrné faktory

Z vlastní aktivity Klára zmiňuje, že jí v léčbě pomáhalo psaní **osobního deníku**, který jí sloužil k emoční úlevě: „*Jo, psala sem si deník, tam sem se vypisovala ze svých strastí, to mi myslím pomáhalo.*” A **vyhledávání informací na internetu** o tom, jak je možné se léčit. Jako podpůrné dále uvádí **jógu** a **autogenní trénink**, u kterých se zrelaxovala a uvolnila mysl od onemocnění. V případě jógy uvádí: „*A to mi pomáhalo právě být v klidu a nepřemýšlet chvíli nad těma věcmá, nad tím jídlem a tak.*” Klára s námi hovoří i o pozitivním přínosu **školy** (studia), a to v pocitu životního směřování: „*Jo a škola, škola mi určitě pomáhala a pomáhá, protože já jsem vždycky se ráda učila pro mě je to jako důležitý, jakože někam třeba směřuju.*” Dále zmiňuje, že jí v léčbě pomohlo vnímání **léčby jako procesu**: „*Tak jsem se snažila uvědomit si, že jsem jako na cestě, a že nepadám jako úplně dolů, ale že je to prostě ta cesta, ten proces.*“, „*Tak tohleto bylo pro mě jako takový důležitý, podpůrný.*” Vstupem na vysokou školu, kde se setkala s novým prostředím se současně ocitla v nové roli – **roli zdravé dívky**. Klára vnímá, že nová role, se kterou získala statut zdravé a normálně přijímané dívky, jí v léčbě pomohla. A to nejen ve vztahu k sobě samé. Uvádí: „*Cítila jsem to přijetí od těch lidí. Cítila jsem, že jsem ten rovnocenný člověk, jako ti spolužáci, že nejsem ta nemocná, a to bylo pro mě důležité.*“, „*Protože prostě nikdo neví žádné moje problémy, nikdo mě neznal, takže najednou jsem si mohla připadat normální, protože normální lidi se se mnou baví a já měla pak pocit, že teda jsem normální.*” V souvislosti se vztahem k sobě překonáním pocitů méněcennosti zmiňuje Klára jako

podpůrný čas: „*Tak určitě to byl čas, protože k tomu jsem tak nějak dospěla, tak nějak jsem se k tomu dopracovala.*“

Ve vztahu ke svému tělu a k sobě vnímá Klára podporu v **odstranění zrcadla**. Absence zrcadla jí vedla k jiné možnosti zažívání svého těla: „*A vlastně jsem ho pak odstranila, a to mi hrozně pak pomohlo, že jsem se na sebe nedívala každých pět minut. Ta potřeba už tam pak tolik nebyla se sledovat. Díky tomu jsem se mohla poznávat i jinak, svým zrakem, a ne pohledem do zrcadla.*“ V podpoře zdravého (normálního) stravování zmiňuje jako podpůrné „**jíst mezi lidma**“, které jí pomáhalo v uvědomění: „*Že je to normální, že je to v pohodě.*“

V současnosti hovoří o podpůrném **denním režimu**. Dále o **sportu– běh a jumping**, který je pro ni podstatný: „*No, já, ačkoliv jsem vždycky nesnášela běh, tak pro mě je sport teď dosti důležitý*“, „*Tak je to pro mě důležitý, jako já se pak cítím hodně dobře, že mám víc energie.*“ Klára se vstupem na vysokou školu začala věnovat dobrovolnickým aktivitám, například v Bílém Kruhu bezpečí. V souvislosti s PPP vnímá přínos dobrovolnictví v získání smyslu a využití svých zkušeností: „*Tak, díky tomu, že jsem se takhle začala věnovat těmhle aktivitám, mám pocit, že život má nějaký smysl. Potom všem mám potřebu pomáhat ostatním tím, co jsem zažila.*“ Také uvádí jako podpůrný faktor **hudbu**, která pro ni měla a má velký význam. V návaznosti na hudbu zmiňuje **osobní zájem – hru na klavír a kytaru**: „*A svýho času mi hodně i pomáhalo hraní na klavír i kytaru, ale to v současný době není možný, protože tady prostě ani jednu možnost nemám.*“ Klára vnímá, že jí také pomáhají **kontakty s lidmi, kamarády**.

Ztěžující faktory

Jako méně příjemně prožívané uvádí Klára **docházení ke školní psycholožce**, ke které na gymnáziu docházela: „*Ale už jenom to, že člověk tam chodí tak určitě to mi nedělalo úplně dobře.*“ V období před maturitním plesem se Klára zmiňuje o ideálu krásy, jakožto ztěžujícím faktoru: „*Měla jsem pocit, že to tak všechno hrálo dohromady. Jakože, abych byla hubená, pořád jsem měla jako ideál krásy. A vlastně nedokázala jsem to řešit jinak než tím, že jsem nejedla.*“

Klára s námi hovořila také o tom, že pro ni bylo ztěžující **čtení knih o PPP**: „*Protože mi nedělalo dobře, když jsem si přečetla, že ještě někdo vážil méně než já.*“ Dále zmiňuje jako obtížný **kontakt s hubenými lidmi**: „*Určitě mi nepomáhal ten kontakt s internetem právě to, že ty hubený lidi tam byly.*“ V souvislosti s hubnutím sestry zmiňuje nelehce

zažívanou **ztrátu pozornosti**, která se přesunula na její sestru: „*A taky když začala hubnout moje sestra, ona byla celý život tlustší než já, že to bylo pro mě hrozně těžký, že ona hubne. Na ní se přenesla ta pozornost. Ta ztráta pozornosti byla pro mě složitá.*”

V souvislosti se stravováním sama Klára vnímá, že pro ni bylo v léčbě obtížné nalézt rovnováhu mezi tím, co je a co není normální stravování. Jak sama uvádí: „*Za celou tu dobu jsem vlastně **nevěděla, co je normálně jíst.***”, „*A to pro mě jakoby bylo hrozně těžký najít nějakou tu rovnováhu mezi tím co je normálně jíst a co ne.*“ V návaznosti na to hovoří o problému, kdy **hubnutí uměla řešit pouze nejezením**. Klára dále hovoří o **vynechávání jídla**, které jí vedlo k následnému přejedení, depresím a úzkostem: „*Celý den jsem nic nejedla a večer jsem se hladem hrozně přejedla. A jedla jsem jako čokolády a taky jiný věci a jak na to tělo nebylo zvyklý, tak mi bylo hrozně blbě a měla sem pak z toho akorát deprese, úzkosti.*“

V odpovědi na otázku, ve které jsme se tázali po studu za onemocnění, hovoří Klára o stěžujícím **studu za bulimii**, který jí vedl ke strachu se se svým problémem svěřit: „*Ale pak jsem se už styděla, zejména pak u bulimie jsem se bála to někomu říct, hlavně jako kamarádům.*“ Klára tako popisuje, že se léčit chtěla již delší dobu, ale **nevěděla jak**: „*Já už jsem dlouho věděla že chci, ale nevím jak.*“

Podpůrné faktory v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě

Uvědomění onemocnění

Klára vnímá, že jí k uvědomění onemocnění vedly **reakce okolí a sebereflexe patologického chování**. K sebereflexi patologického chování zmiňuje: „*A taky to, že jsem byla závislá na tom cvičení. A nemohla jsem si pomoci, a to mě jako ovlivnilo a časem jsem si uvědomila, že je to asi problém.*“ Dále hovoří o **zdravotních následcích** patologického chování: „*V rámci té bulimie to bylo, když už jsem snědla 60 kapek a bylo mi blbě.*”

Dobrovolnost v léčbě

Klára vnímá, že jí k dobrovolné léčbě napomohlo **uvědomění, že chce být zdravým a plnohodnotným člověkem a uvědomění, že chce být v kolektivu**. Uvádí: „*Vlastně i ten pocit, toho že člověk chce být v kolektivu, to mi pomohlo se vnitřně odhodlat.*”, „*Já si to i uvědomila hlavně v tom třetíáku či tak, prostě po tom relapsu. Že už chci být zdravá, že to takto už nechci. Že chci být plnohodnotným členem v domácnosti, pomáhat mamce, chci jít na vejšku.*”

Ztěžující faktory onemocnění

Jako o udržujícím faktoru hovoří Klára o **pozornosti**, která pro ni měla značný význam: „*A možná to bylo i o pozornosti, možná jsem věděla, že kdybych se vrátila, jakože do zdraví, tak ztratím tu pozornost, kterou jsem měla od mamky.*“ Na otázku, ve které jsme se Kláry tázali, co jí pomáhalo ke zdravému (normálnímu) způsobu stravování, hovoří o svém **strachu jíst**: „*Za celou tu dobu jsem vlastně nevěděla, co je normálně jíst. Nebo jak to vypadá, ani doma jsme neměli, jakože nějaký zdravé prostředí, co se týče jídla. Já jsem pořád měla takovej ten strach. Nějak jakoby jíst.*“

Klára dále popisuje jako těžce prožívané **srovnávání se**: „*Jo, tak já se strašně dlouho srovnávala s kýmkoliv, když jsme šli nakupovat, když jsme byli v kavárně tak sem se dívala kolem sebe a hnedka se srovnávala. To bylo hrozný.*“ Za ztěžující jsme určili **zkreslené představy o jídle**: „*Nemohla jsem si vzít kousek čokolády během dne, já jsem si myslela, že je to zakázané, že to nemůžu.*“

Příčiny relapsů

Klára vnímá, že za jejím anorektickým relapsem stálo **zátěžové období**, spojené s maturitou a cestou do zahraničí: „*Já si myslím, že to bylo, možná ten stres z té maturity jakoby na konci toho třetíáku. Jako nebyla jsem úplně vystreslá z maturity, jakože bych se bála, že nezvládnou maturitu nebo takhle, ale určitě to hrálo svou roli. Roli tam hrálo možná i to, že já jsem na měsíc odjela do Francie.*“

Vnímané potřeby v léčbě

Klára vnímá, že jí v léčbě chyběla **blízká osoba s empatickým porozuměním**, která by byla pro ni oporou. Uvádí: „*Ale chyběl mi jako hodně blízký člověk, který by měl to pochopení.*“, „*Kdo podrží, podpoří.*“ Dále také uvádí **přijetí**, které ve své rodině nepocítovala a o jeho zažití hovoří až vstupem na vysokou školu: „*Myslím si, že tohle souvisí s tím, že jsem se těšila na tu vejšku, že mě lidi budou přijímat i respektovat. Ono, vzhledem k tomu, že jsem nejmladší ze sourozenců a bylo to pak umocněno i tou nemocí, tak ten respekt doma u mě nebyl, takže jsem měla pocit, že takhle strasně dlouho to bylo tak, že přišlo mi, že se mě doma neptali na normální věci, že neberou mé názory, že mě běrou že jako mám tu nemoc a taky to, že sem nejmladší.*“ Klára také, v souvislosti s léčbou ZP, popisuje potřebu **vědět jak**: „*Já už jsem dlouho věděla že chci, ale nevím jak.*“ Klára také uvádí, že potřebovala **čas**.

SÁRA

Sáře je 27 let. Pochází z úplné rodiny, je jedináček. V současné době žije se svým přítelem. Studuje vysokou školu, obor sociologie a pracuje jako asistent pedagoga v MŠ. Sára má zkušenost s mentální anorexií a záchvatovitým přejídáním. S PPP se potýká od dvanácti let, kdy se u ní projevil příznak MA. Na ty po krátkém čase navázalo ZP. Mezi 19. a 23. rokem se Sára potýkala s užíváním tvrdých drog. V tomto období vnímá užívání návykových látek jako prioritní problém. Jak sama uvádí: „*To mi vlastně pomohlo ty poruchy potravy dát jinam. V tom sem byla do 23, a pak se ty poruchy úplně v takové míře nevátily. Přejídala sem se, to jo, ale spíš občas než pravidelně.*“ Léčba, která následovala od dvaceti tří let po současnost, souvisela s rekonvalescencí z PPP a ze závislosti na návykových látkách. Sára uvádí délku léčebného procesu přibližně 15 let. Z toho se již zhruba 4. rokem nachází ve fázi uzdravení (udržení).

Rozhovor se Sárrou probíhal osobní formou v místě jejího bydliště. Po celou dobu panovala pohodová atmosféra. Sára s nadhledem odpovídala na položené otázky.

Podpůrné a ztěžující faktory odborné péče

Podpůrné faktory

V rámci odborné péče hodnotí Sára jako podpůrný přístup **psychologa** na psychiatrii v Bohunicích a **psychiatričky**, ke které docházela v pozdějších letech. U obou odborníků vnímá jako podpůrný **nedirektivní přístup**. V případě paní psychiatričky zmiňuje: „*Nevnucovala mi, že tak vypadám a nesnažila se mě přesvědčit, ale nabídla mi ten pohled toho, že tak vypadám. To mi pomohlo v tom, nad tím alespoň pouvažovat.*“ Sára o své psychiatričce hovoří s obrovským nadšením a pokorou. Ze zkušenosti s ní uvádí hned několik dalších přínosných kvalit. A to **partnerský přístup, bezpodmínečné přijetí a empatické porozumění**. Například: „*Také ještě paní psycholožka a její partnerský, otevřený a bezpodmínečný přístup.*“ Jako přínosné také popisuje, že se při sezeních často psychiatrička **orientovala na podpůrné faktory**, namísto řešení problému onemocnění. Tento přístup jí pomáhal cítit se skrze tyto faktory plnohodnotně a rovnocenně: „*Často jsme se bavily o věcech, které mě zajímají a které jsem v tu dobu studovala. To mi pomáhalo se cítit vedle ní důležitá, plnohodnotná, taková rovnocenná. Neřešily jsme prostě přímo ten problém. A pro mě to bylo super povzbuzení, že mě vnímá jako dospělého a kompetentního člověka, který je za sebe zodpovědný.*“ Sára vnímá, že jí také pomáhaly **příklady z běžného života**, o kterých paní psychiatrička hovořila: „*Hodně mi pomáhalo, když mi říkala běžné věci, jakože si s manželem dávají u televize zmrzlinu.*“ Také jako podpůrnou vnímá **techniku**

úpravy fotek, která jí pomáhala uvědomit si zkrácenou představu o svém těle. Uvádí: „*Pomohla mi technika, kdy mě vyfotila a pak to upravovala v PC.*”

V rámci hospitalizační léčby jsme se Sárrou hovořili také o **podpoře zdravotních sester**, u kterých Sára vnímá pochopení pro její situaci: „*Ty se se mnou bavily dost s úctou, braly to tak, že jsem ocitla v debilní životní situaci.*” Na otázku, zda jí tento přístup pomáhal, uvádí: „*Jasně, byla to taková ta opora tam.*” Dále jsme hovořili o podpůrných terapiích při hospitalizaci. Sára vzpomíná konkrétně na **arteterapie**, jejíž účinnost vnímá v odpočinku a odlehčení: „*Ale když bych se na to podívala nějak hodně z hlediska účinnosti, tak spíš metoda odlehčení, než aby to byla prostě terapie. Odpočla sem si.*”

Považujeme za podstatné podotknout, že Sára ve svém vyprávění zaměňuje pojem psycholog a psychiatr u již zmiňované paní psychiatřičky, ke které docházela v pozdějších letech po hospitalizační léčbě. Zpřesňujeme tedy, že se jednalo o psychiatřičku. Jak sama Sára uvádí: „*Byla to psychiatřička s KBT, ne psychologka.*”

Ztěžující faktory

Ve vyprávění jsme nezaznamenali žádné ztěžující faktory v rámci odborné péče, které by Sára uvedla.

Podpůrné a ztěžující faktory neodborné péče

Podpůrné faktory

V rámci zkušenosti s neodbornou péčí Sára jako podpůrné zmiňuje **rodiče**, kteří její onemocnění **nehodnotili „úplně jako katastrofu”** a snažili se **delegovat zodpovědnost za onemocnění na ni**: „*Ale vždy rozhodnutí o tom, co a jak udělám nechali na mě. A to bylo pro mě důležitý.*”, „*Naši tu nemoc hodnotili, jakože špatně, ale né úplně jako katastrofu, to mi jako by pomohlo.*” Sárrou jsme se ptali, zda jí tento přístup pomáhal. V odpovědi uvedla: „*Jo, no. Ono mě to pak samotnou donutilo nad tím přemýšlet.*” Dále také hovoří o tom, že ačkoliv jí nucení rodičů spíše nepomáhalo, vnímá, že ji **přemlouvání** vedlo k uvědomění jejího onemocnění: „*Ono mi to jejich přemlouvání i chvílema jako by pomohlo k tomu si v hlavě uvědomit, že to, co dělám, není třeba normální.*”

V současné době zmiňuje podporu v **bezpodmínečném přijetí přátel**, které jí pomáhá k vlastnímu bezpodmínečnému sebezpřijetí. Uvádí: „*Jsou to lidé, kteří mi pomáhají vnímat sebe sama krásně a přijímat se, milovat se bezpodmínečně.*”, „*Přátelé, pocit jejich přijetí nezávisle na vzhledu.*” Také mluví o svém **partnerovi** a jeho podpůrných

komplimentech k její osobě: „Říká mi, že jsem hodná, že si mě váží jako člověka, ať se mám ráda.”

Se Sárrou jsme hovořili o ostatních pacientech na psychiatrii, ve kterých vnímala oporu: „No, kamarádi, sociální opora, nevím.“ (smích). Uvádíme jako téma **podpora v ostatních pacientech**.

Ztěžující faktory

Ačkoliv Sára zmiňuje podporu **rodičů** v delegování zodpovědnosti na její onemocnění, současně také popisuje jejich subjektivně vnímaný negativní přístup. Uvádí negativně prožívaný nátlak. Jako stěžující konkrétně zmiňuje **nucení** (vážit se, přemlouvání): „Nutili mě se pořádkem vážit, říkali mi, že když budu vážit ještě o jedno kg míň, že to budou řešit s psychologem.“ Dále hovoří o **řevu a negativních poznámkách** jejího otce, jakožto reakci na patologické chování, které u ní vedly k pocitům méněcennosti a zoufalství. V konkrétní situaci, kdy na ní otec řval a urážel ji, uvádí: „Věděla jsem, že se snažím a zase jsem se zklamala a zklamala jsem ostatní. Bylo to strašné. Ještě více to ve mně vzbudilo to zoufalství a více jsem se ponořila do toho mého přejídání.” Sára obecně vnímá, že ji takový přístup rodičů v nemoci podporoval: „Ještě víc jsem se pak vnitřně zatvrzovala, vše jsem mu odkývala, třeba jsem i naslibovala, že budu jíst, ale myslela jsem si svoje a dál si jela ve svém hubnoucím plánu. Obecně to chování rodičů mě ještě víc posunovalo do té nemoci, to jsem měla ten strach a vztek.“ Negativní poznámky také poznamenává u svých **spolužáků**: „Dojebávaly mě ty jejich připomínky k tomu, že mluvím o jídle, hubnutí a tak.” V otázce studu hovoří o důvodu, který jí ke studu za onemocnění vedl: „Protože to lidi **hodnotili jako nenormální**.” Pokračuje v příkladu o svém spolužákovi: „A on prostě říkal, že jsem bláznivá.“ V reakci na to uvádí: „Měla jsem takovej mechanismus, zasmála jsem se a dělala, že je to k smíchu, ale byla jsem z toho špatná to mě začalo utvrzovat v tom, že jsem divná.“ Lidi uvádíme jako téma **ostatní lidé**.

Sára s humorným odstupem také zmiňuje matčino problémové obklopování jídlom, které jí v přejídání udržovalo: „Prostě mě obklopovala jídlom, když jsem se přejídala a já jsem s ní mohla o tom mluvit každý den, že mi to vadí, že to nechci.“ (smích). Na otázku, jak na takové chování reagovala uvádí: „Vždycky jsem se tím přejedla, hmm takže mě to v té nemoc akorát drželo.“ V souvislosti s tím hovoří také o tom, že ačkoliv bylo její přejídání zjevné, maminka jej nepovažovala za problém. Uvádí: „Ono bylo značný, že se přejídám, ona to ale brala jako návrat, to přejídání, návrat, že jim, podstrojovala mi to.” Na základě uvedeného jsme označili jako téma **prejídání není považováno za problém**.

V rámci neodborné péče také zmiňujeme **zátěžové období ve škole**, které Sáru, jak sama vnímá, v onemocnění ZP udržovalo: „*Tady jsem totiž sklouzla k hroznému přejídání. Procházela jsem si šikanou ve škole a jediné, co mě drželo, bylo to přejídání, byla to úleva.*“

Podpůrné a ztěžující faktory vlastní aktivity

Podpůrné faktory

V rámci svépomoci vnímá Sára jako podpůrné **knihy o PPP** (např. od Krcha), které jí byly v určitém ohledu oporou: „*Ulevilo se mi v tom, že v tom nejsem jakoby jediná, že se o tom píše a že se to i dá léčit.*“, „*Líbilo se mi tam, že někdo popsal, že to prožívá, nebyla jsem na to sama, měla jsem pocit pochopení.*“ Také však uvádí, že jí knihy vedly k uvědomění, že by se měla léčit, což v ní vzbuzovalo negativní pocity: „*Na druhou stranu mě přepadala strach a úzkost z představy, že bych to, co doted' dělám a vlastně mi vyhovuje, musím změnit.*“ Sára také uvádí, že jí v léčbě pomáhaly **svěpomocné manuály**: „*Manuály svěpomocný, ty mi pomáhaly.*“

Sára si vedla **osobní deník**, který jí umožňoval si emočně ulevit v zátěžových situacích. Vnášela do něj své naděje v uzdravení se, především ze záchvatovitého přejídání. Uvádí: „*Bylo to prostě neúnosné, a to psaní do deníku mi pomáhalo si ulevit a vypsat se. Slíbit sama sobě, že to bude dobré a že se zvládnou nepřejíst.*“ Subjektivně vnímaný problém ZP řešila Sára mnoha způsoby. Hovoří o **vizualizaci přejídání**, která jí pomáhala prožít akt záchvatu přejedení na úrovni představ - přejedení prožít ve své mysli: „*Zažít si to přejezení v představě a ta potřeba pak odejde.*“ Také popisuje nezvyklý způsob **přelepování pusy izolepou**, které jí pomáhalo v přečkání potřeby přejít se: „*Pomohlo mi to, protože ten záchvat na přejedení poté přešel.*“ Sára dále zmiňuje jako podpůrné dodržování **vyvážené stravy a intuitivní stravování**, jehož přínosy vnímá i dnes. Intuitivní stravování jí obecně pomohlo ve snaze zlepšit své způsoby stravování: „*V tomto směru mi hodně pomohlo oprostít se od toho, co společnost nastavuje jako pravidla jídelního chování a prostě začít poslouchat sebe.*“ Sára taktéž vzpomíná na to, jak v období přejídání bydlela s kamarádkou s obdobným problémem. Zde uvedla jako podpůrné **vzájemné sdílení s kamarádkou s PPP**. Uvádí: „*Hm, my jsme se teda třeba přejedly, ale pomáhalo mi prostě o tom s ní mluvit, vědět, že ona to ví, jaký to je.*“

V období, kdy Sára experimentovala s drogami zmiňuje pozitivní účinky **marihuan**, u které vnímá, že jí pomáhala ve zmírnění příznaků onemocnění: „*Konečně jsem se zbavila tělesných příznaků a úzkosti.*“, „*A pořád jsem přemýšlela, jestli jsem*

narovnaná, jak mě vnímají, jestli působím štíhle a jiné věci. Po trávě jsem se uvolnila, dokázala jsem se smát a bavit se s lidma beze strachu.” V souvislosti s drogami také popisuje podpůrný přínos **tvrdých drog** (kokain, extáze), které jí pomáhaly v oprostění mysli od PPP: *„Ty drogy mi vlastně pomáhaly na to nemyslet, i přes to, že si za to vybíraly svou daň.”*, *„To mi vlastně pomohlo ty poruchy potravy dát jinam.”*

Po poslední psychóze se Sára s pomocí rodičů pokoušela o navrácení ke zdraví. Její rekonvalescence zahrnovala jak léčbu PPP, tak léčbu z užívání návykových látek. V souvislosti s poruchami příjmu potravy jí v tomto pomohlo a stále pomáhá nastolení **denního režimu**: *„Vlastně jsem se učila u toho i znovu a lépe jíst.”* Dále také **zájem o význam stravy pro tělo**: *„A snažila se dohledávat si informace spíše o tom, co pro moje tělo strava znamená a jaké má zdravotní plusy a minusy.”* V rámci upřesnění jsme se tázali Sáry, zda jí rád a zájem o význam stravy pomáhaly v souvislosti s PPP. Ve své odpovědi uvádí: *„Já myslím, že jo, že sem se tenkrát potřebovala znovu naučit jíst”* Sára také zmiňuje, že jí v tomto období napomáhalo nastavení si hranic, konkrétně zmiňuje **přerušování kontaktu s osobami s PPP**. Dále **jóga, tanec, meditace a relaxace**, které jí pomohly **orientovat pozornost efektivním způsobem**: *„Postupně jsem se učila směřovat svoji pozornost efektivním způsobem na věci, které mě opravdu baví a naplňují”*. Zaměření pozornosti na smysluplné aktivity pomohlo Sáře v uvědomění vlastních schopností, ve vztahu k sobě: *„To mi velmi pomohlo, hlavně v tom, že jsem cítila, že i já dokážu dělat pěkné věci a že i já mohu být dobrá.”* Sára vnímá, že tanec byl a je pro ni velmi podstatný. V počátcích snahy o léčbu byl pro ni přínosem po duševní stránce. Přínos tance vnímá i dnes ve vztahu ke svému tělu, skrze něj si uvědomuje jeho podstatu: *„Pomáhá mi to přijímat moje tělo s jeho funkčností. V tom tanci si uvědomuji, že to tělo je skvělé.”* Přínos meditací vnímá Sára v uvolnění: *„U nich se více uvolním v těle, hodně mě to zajímá.”* V souvislosti s tancem a vztahem ke svému tělu uvádí jako podpůrný **humor a orientaci na praktičnost těla**: *„To, že jsem tomu tělu přestala přikládat takovou váhu, co se týče vzhledu a zaměřila jsem se spíš na jeho praktičnost a funkčnost v životě. Třeba u tance.”*, *„Pomáhá mi hodně humor, jakože vím, že mám celulitidu, asi to nezlepšíš a prostě si ty kraťase vezmu, páč se nebudu pařit v kalkotech.”*

Sára dále hovoří o **spiritualitě**, která jí pomáhá i v současnosti. Její přínos zmiňuje ve změně pohledu na život: *„Podle mě se mi díky toho změnil obecný pohled na život a interpretaci světa.”*, *„Uvědomuji si díky tomu, že o sobě negativně uvažovat nemusím.”* Dnes Sára vnímá, že jí také pomáhají **ženské ritualizace**, a **aktivity, které pořádá pro lidi**

(z důvodu anonymity neuvádíme). A to především ve vztahu k sobě, v uvědomění vlastních kvalit, nezávislých na vzhledu. V případě ženských rituálů zmiňuje: „*Mám ráda ženské ritualizace, prostě rituály spojené s ženstvím. Určitě mám kolem sebe mnoho žen, které vnímají sílu ženy, která je spojena s plodností. A já si už teďka ani nemyslím, že měřítkem krásy je počet kg, spíše si myslím, že je to náboj, který má žena v sobě.*“ Pořádání aktivit Sáře pomáhá v uvědomování vlastních schopností nezávislých na jejím vzhledu: „*Obrovsky mi pomáhá to, že dělám to, k čemu mám opravdu předpoklady, a to mě baví nejvíc a lidi to vidí, já to vidím a lidi to cení a není to na základě vzhledu.*“ Dále hovoří o **dobrovolnictví**, které jí dává smysl do života a pomáhá jí ve vlastní potřebě vyrovnanosti. Na otázku, v čem jí dobrovolnictví pomáhá, uvádí: „*Prostě u dobrovolničení chci mít vyřešenou sebe a být dobrá v té pomoci druhým.*“, „*Dobrovolnictví mi dává smysl do života. I když mám někdy myšlenky, že život nikam nevede, tak dobrovolnictví mě vždy pomůže si uvědomit, že život je takto v pořádku.*“ Uvádí také podporu v čase. A to jak ve změně způsobu stravování, tak v rámci celého procesu léčby: „*Přímo tak osobně mi pomohl čas, prostě se té poruchy přejít, mě to prostě přestalo bavit.*“ V současnosti také zmiňuje jako podpůrné samotné **nezneužívání návykových látek a nepřejídání se**. Dále uvádí **snížení nároků na sebe**: „*Přestala jsem ponocovat, přetěžovat se, dokážu si říct, že práce není tak důležitá, že zdraví je důležitější.*“ **Zlepšení vztahu s rodiči**: „*Nemusím je tolik řešit.*“ a **přírodu**.

Ztěžující faktory

Ptali jsme se Sáry, zda po propuštění z psychiatrie docházela k nějakému odborníkovi. Ve své odpovědi hovoří o tom, že se tehdy **za své onemocnění styděla**, a to především z důvodu **pocitu stigmatizace** okolí. Uvádí: „*Nechtěla jsem se tím nějak chlubit, na jednu stranu jsem byla ráda, že lidi vidí, že jsem hubená, na druhou stranu jsem se za to styděla.*“ Na otázku, proč se styděla, uvádí: „*Protože to lidi hodnotili jako nenormální.*“ Dodává: „*A také jsem v těch třinácti či nějak tak nechtěla jít k psychologovi nebo někam jinam, nebyla jsem ještě vychrtlá a nepřišlo mi, že tak vypadám, jakože anorektička. Styděla jsem se za to, že bych někam měla jít s tím, že mám anorexii, a přitom nejsem vyhublá. To si myslím, že mi nepomohlo, takový to, jak si myslíte, že musíte vypadat nějak, aby si lidi mysleli, že jste opravdu nemocní.*“ Tuto výpověď jsme označili tématem **nenaplňovala představu ženy s MA**.

Sára popisuje několik ztěžujících faktorů, které jí nepomáhaly ve snaze léčit se ze ZP. Jako ztěžující uvádí **cvičení** jakožto dvojsečnou zbraň: „*Taky sem začala s cvičením, to byla teda taková dvojsečná zbraň, hodně jsem to vnímala jako výdej kalorií, taky mě to bavilo,*

čím delší trénink, tím víc spálím, často se stalo, že jsem to přepálila, vedlo to k přejezení.“

Vynechávání jídla: *„Tím odpíráním jídla, kdy sem celý den nejedla, tak jsem se pak toužila večer přejest. Přežrala sem se, výčitky, nejezení a zase přežrání.“* V souvislosti s přejídáním považuje také za ztěžující fakt, že mnohdy **nevěděla, co dělat a nevěděla, co je jíst normálně:** *„Neměla jsem se čeho, a koho se chytit. Myslela jsem si, že je cesta zase nejíst. Neměla jsem žádnou normální představu o tom, co je správně, jak je to vlastně správně.“*, *„To mi prostě v tu dobu dost nepomáhalo.“* Dodává také **záznamy jídla**, které pro ni byly obzvlášť ztěžující při záchvatu přejedení: *„Protože jsem si jídlo zaznamenávala a prostě, když jsem se přejedla, tak jsem ten sešit roztrhala, dost sem se styděla za to, že bych do toho sešitu měla napsat, co všechno jsem byla schopná sežrat.“* Sára také popisuje jako související s přejídáním různé **emoční stavy:** *„Ale zároveň jsem v tom přejídání našla aktivitu, která mi zaplnila takový místa, kdy jsem nevěděla co dělat, nuda, úzkost, hodně často se stalo, že jsem přišla dom ze školy a přejedla jsem se.“* V návaznosti na přejídání a celkově v souvislosti s léčbou uvádí jako subjektivně těžce prožívané **setkávání s hubenými kamarádkami**, které v ní vyvolávalo potřebu srovnávat se, která následně vedla k nepříjemným pocitům: *„Myslím, že v tomhle období mě hodně stahovalo, když jsem se vidala s kamarádkama, které byly hodně hubené a já se s něma porovnávala a pak se cítila blbě.“* Také zmiňuje **příběhy lidí s PPP**, s jejíž aktéry se taktéž srovnávala a získávala tak dojem potřeby hubnout: *„Motivovalo mě to, když jsem si vzala, jak jím já a jak oni, tak sem viděla, že jím hodně, ve srovnání s nimi. Nedokázala jsem se pak vzdát té představy, že musím ještě zhubnout.“*

Sára také zmiňuje jako ztěžující **kontakt s ProAna blogy**, které pro ni znamenaly inspiraci patologického chování a **kontakt s časopisy**, kde prezentace štíhlých celebrit v ní vyvolávala pocity křivdy. Uvádí: *„Taky si myslím, že mi mohlo pomoci, kdybych netrávila dny na ProAna blozích, kde jsem chytala veškerou inspiraci, taky v časopisech, tam sem zas viděla, jak slavní být štíhlí můžou, vlastně jim nic není, nikdo je nebuzeruje. To mě ještě právě víc potápělo do nemoci.“*

Podpůrné faktory v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě

Uvědomění onemocnění

Sára popisuje, že jí k uvědomění vedla **sebereflexe patologického chování a omezení onemocněním:** *„Uvědomila jsem si to sama, tím, že jsem si říkala, že to moje chování není asi už nejněnormálnější a samozřejmě to, že mě to i omezuje.“* O uvědomění omezení onemocněním hovoří Sára také obecně jako o podpůrném faktoru: *„Taky to, že jsem*

si začala uvědomovat, že mě to strašně omezuje, čím víc jsem se věnovala věcem, které mě bavily, tím více jsem chtěla energii na ně.“

Dobrovolnost v léčbě

Sára se k dobrovolné léčbě odhodlala z pocitu **zoufalosti**, vyvěrající z projevů jejího záchvatovitého přejídání. Dále uvádí **trápení maminky**, spojené s jejím onemocněním: *„No, to, že jsem byla už hodně zoufalá. Vlastně to, že jsem už dělala věci, za které jsem se opravdu styděla, jakože mamka nacházela hodně odpadků po jídle, taky mě donutil fakt, že se mamka trápila a já jsem jí nechtěla přidělavat hodně starostí.“*

Ztěžující faktory onemocnění

Sára si zpětně uvědomuje, že ji v nemoci udržoval přínos nemoci. Skrze onemocnění získala **pocit vlastní sebehodnoty a výlučnosti**. Současně vnímá jako ztěžující, že se onemocnění stalo její identitou, a že **v nemoci našla zalíbení**. V odpovědi na otázku, co vnímá v léčbě jako nejvíce ztěžující, uvádí: *„Že jsem si z **nemoci udělala identitu**, stala se ze mě holka s anorexií. Díky ní jsem měla pocit vlastní hodnoty a jedinečnosti. Že jsem prostě zajímavá. Mě to vlastně hrozně bavilo, to, že mi pak bylo blbě.“* Sára také hovoří o **strachu z nárůstu hmotnosti**, který jí v nemoci udržoval: *„A když jsem zkusila prostě nějak jíst, tak ten strach z toho, že šíleně naberu, to bylo pro mě takové složité, proto jsem raději zabředla zpět do poruch potravy.“*, *„Ale každopádně tadle slabá místa hned vystřídal strach z tloustnutí a vrátila jsem se ve své hlavě k jistotě, takže k nejezení.“* Již s výše uvedenými tématy setkávání s hubenými kamarádkami a příběhy lidí s PPP, jsme zmiňovali obtížně prožívané **srovnávání se**: *„A já se s něma porovnávala a pak se cítila blbě.“*

Na základě výše zmíněného určujeme za ztěžující **jistotu**, kterou nemoc Sáře přinášela: *„A vrátila jsem se ve své hlavě k jistotě, takže k nejezení.“* Sára o svém přejídání hovoří jako o **ritualizaci**, určitém druhu **odměny** a jako o **životním stylu**. V případě životního stylu uvádí: *„Že i to mé je jakoby ten životní styl.“* Tyto faktory jsme v léčbě určili jako ztěžující. Sára také hovořila již o zmiňované šikaně ve škole, která u ní byla důvodem k přejídání se, ve kterém nacházela uvolnění. Určujeme jako ztěžující **prejídání jako strategií zvládnání zátěže**: *„Tady jsem totiž sklouzla k hroznému přejídání. Procházela jsem si šikanou ve škole a jediné, co mě drželo, bylo to přejídání, byla to úleva.“*

Příčiny relapsů

Jako příčiny relapsů zmiňuje Sára **emocionální události** a **emoční stavy**, ať už byly pozitivní nebo negativní: *„Hodně mě po celou dobu stahovaly emocionální události, ač byly*

pozitivní nebo negativní.”, „A to bylo hlavně vždy, když jsem se nudila, když jsem byla nešťastná, ale i když jsem byla šťastná.“ Dále **zátěžové období**. Konkrétně uvádí: „Hodně vnímám, že jsem se i třeba na něco hodně zaměřila, a to mě vystreslo. Třeba výkonově na dosažení nějakýho cíle a pak to napětí skončilo a já se šla přejít.“ Sára také hovoří o důvodu **porušení předsevzatého jídelního plánu**: „Taky nenaplněná představa mého plánu, že se nebudu přejídat. Takže jsem snědla o rohlík víc a zbombardovala jsem ledničku.“ „Bylo to hodně spojené s tím, že jsem měla v hlavě nastavené, co je zdravé a co ne.“

Vnímané potřeby v léčbě

Sára vnímá, že ve své léčbě potřebovala **empatické porozumění blízkou osobou**, ve kterém by našla oporu v **nestigmatizujícím a bezpodmínečném přijetí**: „Potřebovala jsem tu blízkou osobu, která by mě ale brala právě jako Sáru, která má nějaký problém, ale je to pořád ta Sára, a to že se jí něco děje, je vlastně na obtíž i jí. Potřebovala jsem cítit, že v tom nejsem sama, a že i přes mé anorektické chování, a tak jsem vnímána jako někdo, kdo je plně zodpovědný za svou nemoc, i když je prostě mimo.”, „Řekla bych, že zažít si dřív pocit bezpodmínečného přijetí.“ Potřebu empatického porozumění uvádí Sára také přímo u otce. Když jsme se Sárrou hovořili o sociální podpoře, popisovala potřebu projevu zájmu ze strany učitelky: „Tam mi právě spíš chybělo to, že za mnou třeba nepřišla ani učitelka a neprojevila zájem o to, zda něco není.“ Uvádíme jako potřebu **projev zájmu učitelky**. V poslední řadě hovoří o **potřebě informací**, jak z anorexie ven: „Myslím, že mi chyběly informace o tom, jak z anorexie ven.“

ELA

Ela je 26 let, a v současné době pracuje v obchodě s bio kosmetikou. Ela má mladší sestru. Ely otec zemřel v období, když dokončovala povinnou školní docházku. Ela má osobní zkušenost s mentální anorexií a záchvatovitým přejídáním. První příznaky onemocnění MA vnímá mezi 12. a 13. rokem. MA později přešla v ZP. Délku léčebného procesu zmiňuje přibližně 13 let, z toho se nachází 3. rokem ve fázi uzdravení (udržení). Jako přidružené onemocnění k PPP uvádí Ela také epilepsii a lupenku. Po dobu rozhovoru také hovoří o obsedantních myšlenkách a nutkavém chování.

Vzhledem k epidemiologické situaci probíhal rozhovor prostřednictvím aplikace Zoom. Ela působila klidně, odpovídala na otázky bez většího váhání. Po celou dobu panovala pohodová atmosféra.

Podpůrné a ztěžující faktory odborné péče

Podpůrné faktory

Ela se s odbornou léčbou setkala převážně v rámci hospitalizační a stacionární péče. Sama vnímá, že jí **samotný pobyt na psychiatrii** pomohl vyrovnat se se značnými životními událostmi: *„Totéž před nástupem do Motola mi proběhly v životě výrazné změny, tak mi to pomohlo se s tím vyrovnat.“* Při hospitalizaci v Motole pomáhaly Ele **psychoedukace** od paní **psycholožky**. Ela zde konkrétně hovoří o pomoci při obsedantně kompulzivních obtížích, které byly přidružené k PPP: *„Tak i ona vysvětlovala, co to znamená, jakým způsobem se s tím dá nakládat, že mi jako nabízela různé alternativy.“* Ela také vnímá přínos **rodinných terapií**, kterých se v rámci hospitalizace se svojí maminkou a sestrou, účastnila. Jejich přínos vnímá ve zlepšení vztahu s maminkou – v ujasnění vzájemných rolí a hranic, z matčiny strany ve zlepšení povědomí o jejím onemocnění, které matku vedlo pochopení. S Elou jsme také hovořili o **podpůrných terapiích** při hospitalizaci, které jí pomáhaly v odvrácení pozornosti od onemocnění, a tak určitému odpočinku: *„Byly spíš takové odpočinkové. Líbilo se mi, že jsem díky nim myslela na jiné věci.“* V přístupu odborníků tehdy oceňovala **podporu zdravotních sester**, ve kterých vnímala zdroj sociální opory a příležitost nemyslet na své onemocnění: *„Tam mi to dost pomáhalo to všechno přežít, držet se nad vodou. Pomáhaly mi myslet i na něco jiného než na nemoc.“* V Motole jako podpůrný taktéž popisuje **způsob stravování**, který jí pomohl zbavit se obav z jídla: *„Co se týká anorexie, tak mi Motol pomohla v tom, že jsem se přestala bát jídla. Pro mě bylo poslední dva roky nemyslitelné, že bych jedla rohlík a vzhledem k tý konzumaci rohlíků tam, to nebylo jinak možný.“*

Ztěžující faktory

Po nezdárné léčbě ve stacionáři Karlov upozornila **dětská lékařka** Elu na to, že v případě, že se její stav nezlepší, bude hospitalizovaná v Bohnicích. Ela popisuje, že jí nepříjemně prožívané **„vyhrožování“** spolu s dalšími faktory vedlo k záchvatovitému přejídání: *„To, jak mi doktorka vyhrožovala, byla jsem reálně vyděšená, protože Bohnice tady v Praze nemají nějak dobrou pověst, tak ona asi žádná psychiatrie nemá dobrou pověst.“*, *„A vlastně v momentě, kdy mi to řekla, tak pro mě začalo, že jsem se zhoupala z anorexie do záchvatovitého přejídání.“* Jasnost kladení podmínek, jakožto ztěžujícího faktoru jsme si u slečny Evy v průběhu rozhovoru ověřili. Uvádíme: *„Chápu dobře to, že to vyhrožování a strach, že budeš odvezená do Bohnic tě vedly k přejídání? Ela odpověděla: „Ano.“*

Ely jsme se ptali, zda vnímá souvislost mezi hospitalizací v Motole a přejídáním, které po hospitalizaci následovalo. Ve své odpovědi na naši otázku uvedla, že byl pro ni obtížný **způsob stravování** v Motole – povinnost všechno sníst, který u ní následně (po propuštění) vedl k přesvědčení, že musí vše sníst. Uvádí: „*Musím říct, že Motol pro mě byl náročný v tom, že jsme měli povinnost všechno sníst. Takže po tom návratu domů jsem všechno jedla, co bylo přede mne předložené, co bylo jednou načaté, co mi, kdo v libovolném množství nandal na talíř, měla jsem v hlavě uloženo, že všechno musím sníst.*”

Podpůrné a ztěžující faktory neodborné péče

Podpůrné faktory

V léčbě pomáhala Ele především **rodina**, kde hovoří často i o své mamince. Podporu rodiny vnímá v tom, že **delegovali zodpovědnost za onemocnění na ni**. To jí pomáhalo, jak uvádí: „*V přijetí zodpovědnosti za sebe a svůj život, své počínání.*” Po celou dobu léčby až po současnost zmiňuje Ela také oporu ve svých **přátelích**, u kterých oceňovala **normální přístup**, které jí pomáhal cítit se jako plnohodnotný a zdravý jedinec. Jak sama uvádí: „*Díky nim jsem se mohla začít věnovat normálním věcem a připadala jsem si normální. Díky jejich normálnímu přijetí jsem se necítila jako ta nemocná, ale naopak jako ta schopná, která je zodpovědná za svůj život.*” Ela i dnes pocituje, že jí přátelé pomáhají přistupovat k životu pozitivněji a s lehkostí. Jak sama říká: „*Pomáhají mi v udržení zdravého přístupu k životu.*” Označili jsme jako téma – **Pomáhají udržet zdravý přístup k životu**. V období po hospitalizaci v Motole hovoří Ela o podpoře okolí v subjektivně vnímaném **znatelném úsilí** bez pocíťovaných obav, lítostí či připomínek. Uvádí: „*Že bylo opravdu znát to úsilí, že opravdu teď už je to jiný, a že jako budeme pracovat na tom, aby se to takhle lepší udrželo.*”

S Elou jsme se také bavili o vnímané **podpoře v ostatních pacientech** na psychiatrii, kteří pro ni znamenali nejen podporu. Vzájemné sdílení s nimi jí poskytovalo jiný náhled na své onemocnění: „*A myslím, že byli pro mě víc než vítanou podporou. To sdílení příběhů a vzájemné svěřování mi hodně pomohlo získat si určitý odstup a nahlížet tak na svojí situaci tak nějak strážlivěji.*”

Ztěžující faktory

Současně Ela vzpomíná na přístup její **rodiny** a **přátel**, který jí léčbu neusnadňovali svým přístupem. V období před hospitalizací v Motole a při prvním anorektickém relapsu Ela obtížně prožívala **obavy** okolí, které v ní vzbuzovaly pocity nepochopení její obtížně

zažívané situace: „Byla jsem taková ublížená, nepochopená ze strany těch lidí.“, „Protože jsem se obávala taky.“. Dále uvádí negativně pociťované **výtky a lítost**, které jí prožívání její situace znesnadňovaly a současně jí udržovaly v nemoci: „Taky čím víc těch výtek na mě padalo, tím jsem byla naštvanější, protože jednak co jim je do toho, protože dělám, co uznávám za vhodný a přijde mi, že mě to i pak přesvědčovalo v tom svém rozhodnutí, takže mi to vlastně nepomáhalo.“, „Tak stejně ta lítost okolí mi nepomáhala. Ta lítost mě znepokojovala a obtěžovala, cítila jsem, že dělám, co musím.“

Jako o ztěžujících hovoří také o **zátěžových situacích**. Popisuje strach z další hospitalizace a vyděšení ze stacionáře při Karlovu, které bylo reakcí na ostatní ženy s MA (jejich vzhled a další). Ela vnímá, že tyto faktory, mimo jiné, u ní podnítily zlom z MA do ZP: „Tak pro mě začalo to, že jsem se zhoupla z anorexie do záchvatovitého přejídání, k tomu mě vedl strach, že budu odvezená do Bohnic.“, „Myslím, že na Karláku mě to nepomohlo, spíš mě to děsilo, a řekla bych, že postupně jsem se z toho vyděšení začala přejídat.“

Ela také popisuje, že někteří přátelé z jejího okolí věděli o jejích obtížích se ZP, ale nepovažovali přejídání za problémové. Uvádí: „Někteří to věděli, ale neřešili to, protože byli rádi, že konečně jím, neviděli v přejídání taková rizika jako v odmítání potravy.“ My jsme tento fakt určili jako ztěžující faktor na straně neodborné péče. Označili jsme jej tématem – přejídání **není považováno za problém**. Jako ztěžující jsme také určili: „**Všude se píše o tom, že anorektičky jsou hubené, spíše jsou tak zobrazovány a já se tak necítila.**“ Toto tvrzení uvádí Ela v souvislosti s nepřisuzováním projevů svého onemocnění k MA, vzhledem k uvedenému faktu. V poslední řadě jako ztěžující jsme určili: „**Protože Bohnice tady v Praze nemají nějak dobrou pověst, tak ona asi žádá psychiatrie nemá dobrou pověst.**“ Vnímáme, že Elino přesvědčení o pověsti psychiatrie mělo vliv na její obavy z možné hospitalizace.

Podpůrné a ztěžující faktory vlastní aktivity

Podpůrné faktory

V počátcích léčby vnímá Ela jako podpůrné **příběhy vyléčených** z PPP, které pro ni byly pozitivním příkladem možného vyléčení se: „V Motole potom jsem ty knížky četla jako motivaci k léčbě, jakože když to zvládly ony, tak to snad zvládnou i já.“ V období hospitalizace reflektuje Ela významnost faktoru **chtěla se léčit**, který u ní podnítil otevřenost léčbě: „Ale hm asi díky tomu, že správně zarezonovalo to období, že jsem se léčit chtěla, takže jsem brala

to, co je.” Ele uvádí, že jí v léčbě také pomáhalo, a pomáhá, vedení si deníků. **Osobní deník**, který si vedla při hospitalizaci v Motole, jí poskytoval emoční úlevu a možnost sdílet obávané myšlenky: „*Pomáhalo mi to “upustit ventil” když jsem byla rozčilená. A tím, že jsem byla, i jsem, dost introvertní, psala jsem tam i věci, které jsem si netroufla říkat nahlas, nebo na které jsem si netroufla se ptát.*” (smích) **Deník vděčnosti**, který si vede i v současnosti, jí pomáhá k uvědomějším a pozitivnějším přístupům k životu a ve vztahu k sobě: „*A taky jsem si před pár lety začala vést deník vděčnosti, to mi hodně pomáhá ve vztahu k sobě, co mi pomohlo, co se mi podařilo, abych byla vděčná za to, co mám. Hodně mě to posunulo v léčbě, díky tomu jsem začala pozitivněji přemýšlet. Být vděčná z maličkostí.*“

Po hospitalizaci v Motole uvádí jako podpůrné naopak **oprostit se od problematiky PPP**. To jí pomáhalo orientovat svou pozornost efektivním směrem: „*Pomáhalo mi to se soustředit na ty normální věci.*”

Po prvním epileptickém záchvatu, který vedl Elu k dobrovolnému odhodlání se léčit, se začala věnovat alternativním přístupům. **Józe**, která jí pomohla a pomáhá ve vztahu k sobě, ke svému tělu. K poznání podstaty jejího těla – k objevení jeho využitelnosti, popisuje, že skrze jógu si uvědomuje jeho pravou hodnotu. Přínos jógy vnímá Ela také v regulaci stresu. Uvádí: „*Jóga mi pomáhá ve vztahu k tělu, že nemusíš mít vzorový model těla, nemusíš být atletem, abys to mohla provozovat.*”, *Po čase mi to pomohlo vnímat to, že vlastně nezáleží na tom, jak vypadáš, protože to, co tě baví, můžeš dělat v jakémkoliv tvaru.*” Jógové praxi se Ela věnuje i dnes. Při snaze zbavit se ZP Ele pomohly **techniky pro zbavení se závislosti na alkoholu** z knihy Karla Nešpora: „*A tam jsou různé typy, jakým způsobem se dá sebe sama motivovat, jaký preventivní kroky může člověk učinit, aby se neopíjel a já to aplikovala na to přejídání.*” Dodnes jí pomáhá konkrétně technika **mindfulness**, a to v získání odstupu od nutkání: „*Odosobnit se od nutkání, technika mindfulness, to mi pomáhá dodnes.*“ Dále jako podpůrné v souvislosti se ZP vnímá **čas a stravovací plán**.

S Elou jsme se bavili o tom, co jí pomáhá ve vztahu k sobě. Zde zmiňuje **dobrovolnictví**, které jí pomáhá, jak uvádí: „*Cítit se v životě líp sama se sebou.*“ Dále uvádí jako podpůrné: „*Dělat věci, které mě baví, jako třeba to ukulele.*” a „*Učit se novým věcem.*” Přínos uvedených aktivit vnímá ve vztahu k PPP v tom, že jí zprostředkovávají možnost cítit se ve vztahu k sobě lépe, a to nezávisle na vzhledu. Uvádí: „*V tom, že pak cítím, že jsem v něčem dobrá a není to zrovna vzhled.*”, „*Řekla bych, že v uvědomění si, že moje hodnota neleží v tom, jak vypadám.*” Ela ve své léčbě považuje za podpůrnou **absenci tělesné váhy**

(přístroj). V tomto faktoru spatřuje možnost orientovat mimo vzhled a tělesnou hmotnost, které jsou pomíjivé: „*Neupínám se tak na to číslo a vzhled. Soustředím se pak na věci, které jsou pro mě stálé.*”

Ela také pomohlo postupně nastolit ve svém životě **denní režim**, který je pro ni důležitý i dnes. Také **regulovat stres** a **snížit na sebe nároky**. Dále zmiňuje **svépomocné manuály Anabell**, které jí pomáhaly v zamýšlení se nad otázkami souvisejícími s jejím onemocněním. Byly také pro ni prostředkem získání určité míry kontroly nad sebou a povědomí o nemoci: „*Ty mi pomáhaly v tom, že tam byly úkoly k zamýšlení se, úkoly, kdy jsem něco plnila a mohla jsem tak kontrolovat co vlastně celý den dělám. Byly v nich vysvětlené zákonitosti nemoci.*” Ela také uvádí jako podpůrný faktor **přírodu a školu (studium obecně)**. V případě školy uvádí vnímaný přínos: „*Řekla bych, že v uvědomění si, že moje hodnota neleží v tom, jak vypadám.*“

V souvislosti s otázkou potřeb v léčbě popisuje Ela svojí **negativní motivaci**, která je pro ni důvodem, proč se ke svému onemocnění nenavrátil: „*A právě i proto, že mě přijde, že se do nemoci nevrátím, protože jsem tomu už odrostla, ono to vyzní už fakt povrchně, ale být třicetiletou anorektičkou je jeden ze scénářů, který mě děsí.*”

Ztěžující faktory

Ela s námi hovoří o tom, že si v Motole uvědomovala, že má problém. Nepřisuzovala ho však MA. A to především z toho důvodu, že **nenaplňovala představu ženy s MA**: „*Ale nepřisuzovala jsem to poruše potravy. Pořád jsem se necítila dost hubená na to, abych mohla být anorektička. Všude se píše o tom, že anorektičky jsou hubené.*” V rámci následné péče po hospitalizaci v Motole navštěvovala Ela psychologa. Toho však z jí vnímaného důvodu **fixace na psychologa** z Motola nechtěla přijmout: „*Docházela jsem i k psychologovi, a s tím jsme si nesedli vůbec, nebo nesedli vůbec, já byla hodně upnutá na tu psycholožku z Motola, takže jsem vlastně nechtěla přijmout ani nějakého jiného terapeuta.*”

V léčbě ZP vnímá jako ztěžující, když **nedodržovala denní režim** a zkoušela **různé styly stravování**, které u ní vedly k subjektivně prožívanému zhoršení přejídání: „*Vím, že pokud jsem měla tendence nespát, a tak narušovat můj režim, tak to mělo své následky. Určitě mi to nepomáhalo ve snaze zbavit se přejídání, protože ti to úplně rozvrátí ten denní režim.*”, „*A vlastně v momentě, kdy jsem omezila nějakou skupinu potravin, tak to přejedení bylo horší.*” V souvislosti s přejídáním hovoří Ela o období po Motole, kdy se přejídala: „*Hmm, ono to přejídání začalo už s odchodem z Motola, kdy jsem ale konzumovala*

ve velkém ovoce, zeleninu, nízkokalorické potraviny, to mě zacpávalo. **Nevěděla jsem, jak jíst dobře.**“ Ela také zmiňuje, že ve své léčbě vnímá jako velmi ztěžující, že neměla žádnou strategii, kterou by se vůči relapsům vymezila: „**Že jsem neměla žádnou copingovou strategii, která by mi pomohla je zvládnout.**”

V souvislosti se vztahem k sobě popisuje Ela jako stávající **orientaci na výkon**, skrze který hodnotí sama sebe: „*Ale co se týká sebeúcty tak i vlivem toho, že jsem, bohužel, zatím, stále člověk orientovaný na výkon, tak jsou to různé i racionální cíle, který si dávám a na základě toho pak poměřuju.*”

Ele jsme položili otázku, zda v období ZP vyhledávala pomoc. Ve své odpovědi uvádí, že jí ve vyhledání pomoci bránil **stud za přejídání**: „*Ne, po celou tu dobu jsem aktivně pomoc nevyhledala, protože jsem se styděla.*”

Podpůrné faktory v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě

Uvědomění onemocnění

Ela zmiňuje, že si své onemocnění uvědomovala již před hospitalizací v Motole. Zde však uvádí, že jej nepřisuzovala MA: „*Před hospitalizací v Motole jsem si uvědomovala, že mám problém. Obsedantní myšlenky, striktní rozvrh týkající se jídla, ale nepřisuzovala jsem to poruše potravy.*“ Dále pokračuje: „*A ačkoliv zpětně vnímám, že jsem si nemoc uvědomovala, tak úplně spíš ne. Neuvědomovala jsem si veškerá její rizika, dopady a to, že mé chování není zdravé.*“ K plnému uvědomění vedly Elu až **zdravotní následky PPP**: „*A to v důsledku těch onemocnění, rizik, které jsem si dřív neuvědomovala, a které mě potkaly později, co se týká řídnutí kostí, snížení kvality zubů, vlasů a takhle. Takže skutečnost, že jsem nemocná jsem si vlastně uvědomila až se strašným zpožděním.*” Vedle výše zmíněných následků PPP, hovoří také o epilepsii, která se u ní projevila jako, dle odborníků, možný důsledek onemocnění PPP. K uvědomění přejídání jí vedla **sebereflexe snížené kontroly**. Uvádí: „*Tak v tom momentě, kdy jsem si uvědomila, že se to nedá zastavit, jsem si i současně uvědomila, že mám problém. A to uvědomění bylo proto, že jsme byli asi týden před tím s kamarádem na výletě.*“, „*A já jsem si představovala, jak to bude jiný a já budu jiná a jak se ten můj život změní, protože jsem viděla hrozně obézních lidí. A vrátili jsme se nějak nad ránem a já jsem se ráno vzbudila a stejně jsem se přejedla. A tehdy jsem se zakousla v tom, že by bylo fajn něco udělat.*”

Dobrovolnost v léčbě

Ela uvádí, že jí k dobrovolné léčbě vedla její nová diagnóza **epilepsie**, která dle odborníků mohla být jedním z následků PPP: „*Myslím ale, že jsem se nějak vnitřně úplně odhodlala, když se u mě projevila ta epilepsie, to jsem se hodně vylekala.*”

Ztěžující faktory onemocnění

Ela ve své léčbě považuje za velmi ztěžující **relapsy**: „*Relapsy, že jsem se vůči nim aktivně nevymezila a že jsem se svezla po té vlně zpět.*” V souvislosti s relapsy popisuje **přejídání jako strategii zvládnutí zátěže**. Tento fakt jsme určili za ztěžující faktor v léčbě. Uvádí: „*Tak jsem měla tendence se přejídat, prostě to zajíst a vyřešit tak problém.*” Jako ztěžující popisuje Ela také **neuvědomování rizik onemocnění**. Uvádí: „*Ačkoliv zpětně vnímám, že jsem si nemoc uvědomovala, tak úplně spíš ne, neuvědomovala jsem si veškerá její rizika, dopady a to, že mé chování není zdravé, takže jsem neměla potřebu se nějak léčit.*” Dále hovoří také o přejídání jako o **závislosti**, pro kterou bylo obtížné s tímto problémem zápolit. „*Prostě jsem se toužila přejíst, tak jak alkoholik se touží napít, a to bylo pak pro mě obtížné.*”

Za ztěžující faktory v Elině léčbě jsme také určili **domnělou bezmocnost**, kterou popisuje následovně: „*Ale nebrala jsem to jako něco, nad čím mám tu přímou moc, co jsem schopná ovlivnit.*”

Příčiny relapsů

Ela vnímá příčiny relapsů v kladení **vysokých nároků na sebe**. Dále uvádí **zátěžové období**: „*Nebo prostě když jsem musela řešit nějaký větší problém dlouhodobě.*” V souvislosti s příčinou relapsů také zmiňuje ztěžující **negativní přístup okolí** (nepochopení), který u ní vedl k plnému znovu ponoření do nemoci. Uvádí: „*A u toho anorektického relapsu po Motole, tam hodně zapůsobilo, to, že jsem se snažila, ale hubla jsem, a okolí na to reagovalo, jak reagovalo a já pak prostě stagnovala.*“

Vnímané potřeby v léčbě

Po hospitalizaci popisuje Ela jako problematické neúčelné hubnutí a současně s tím strach zvyšovat množství jídla. V návaznosti na tuto obtíž zmiňuje potřebu **nácviku jak po hospitalizaci**: „*Nějaká forma nácviku jak po tom. Jak přidávat na porcích, jak udržet váhu.*” Při otázce, která přímo směřovala na pocíťované potřeby v léčbě, slečna Ela odpovídala spíše váhavě. Nebyla si jistá, že by jí tehdy mohlo něco více pomoci. Ohledně toho, co by jí mohlo pomoci popisuje: „*Jedině snad, kdyby existovala křišťálová koule,*

do které bych nahlédla a viděla co všechno nastane. To jediné by mě možná donutilo se sebrat.” Později pokračuje: „Že tehdy jsem si vůbec nepřipouštěla, co může nastat, protože reálně ta anorexie není jen o tom, že jsi hubená, ale i o tom, že ti vypadávají vlasy.” Na základě uvedené výpovědi, jsme označili jako potřebu **vědět jaká rizika nastanou**. Ela také zmiňuje **léčby u odborníků** jako je například Radkin Honzák a Jan Hnízdil.

PAVLA

Pavle je 28 let a se svým manželem vychovávají 2 děti. Před nedávnem nastoupila, po mateřské dovolené obou dětí, do nového zaměstnání, kde pracuje jako pedagog na základní škole. Pavla pochází z rozvedené rodiny, má mladšího a staršího bratra. S poruchami příjmu potravy se potýká od svých třinácti let. Osobní zkušenost má s mentální anorexií a mentální bulimií. U Pavly se zpočátku onemocnění projevovala MA, později také MB a sebepoškozování (automutilace). Léčebný proces trval 15 let, z toho 5 let se Pavla nachází ve fázi uzdravení (udržení). Ačkoliv Pavla vnímá, že u ní přetrvává negativní vztah k sobě, neprojevují se u ní behaviorální příznaky PPP a snaží se podnikat takové kroky, které ji ve fázi uzdravení udržují.

Vzhledem k epidemiologické situaci probíhal rozhovor prostřednictvím aplikace Zoom. Po dobu rozhovoru panovala příjemná atmosféra. Pavla s ochotou odpovídala na všechny položené otázky.

Podpůrné a ztěžující faktory odborné péče

Podpůrné faktory

Ve svém vyprávění se Pavla zmiňuje o hospitalizační péči v Motole. V rámci ní pozitivně hodnotí **podporu zdravotní sestry**, která jí dávala pocit pochopení její obtížné situace: „Pamatuju si jen jednu, která pro nás holky měla obrovské pochopení. Byla hrozně hodná, často si s námi povídala o různých věcech a cítila jsem, že vnímá, jak je to pro nás všechno těžké.“ Zde také hovoří obecně o **podpůrných terapiích**, které jí pomáhaly v uvolnění mysli od onemocnění. V období po hospitalizaci v Motole uvádí podpůrný přístup **psychiatřičky**, která jí pomáhala, především, svým **partnerským přístupem**. Ten popisuje jako: „rovný s rovným.“ Dále **nedirektivním přístupem**: „Pomáhala mi vlastně tím, že se mi nesnažila pomoci. Že tam vlastně jenom seděla, poslouchala a když s něčím nesouhlasila, tak se mě zeptala takovým způsobem, který u mě vedl k zamyšlení...“, „Ano, to mi pomáhalo, že se mi to nesnažila vnucovat, prostě nic takového.“

Ztěžující faktory

Negativní zkušenost popisuje Pavla v období před hospitalizací v Motole. A to v rámci setkání s **psychology**, u kterých popisuje **direktivní přístup**: „Bylo to jen o tom, co mám dělat a co mám jíst.“, „Že se kolikrát ti psychologové snažili vlastně mi vnutit začátek té nemoci.“ Tento přístup vedl u Pavly k podpoře patologického myšlení a neochotě v léčbě pokračovat: „Ta psycholožka měla takovou normální postavu paní v letech a já si jen pomyslela, že závidí a nechce, abych byla hubenější než ona.“, „A já jsem byla zoufalá, co mi tohle má jako pomoci. Pak jsem měla namalovat začarovanou rodinu a tím to skončilo a já si řekla, že už v životě nikdy.“ V konkrétním případě jedné z psycholožek zmiňuje jako stěžující **primární důraz na diagnostiku**: „Já jsem tam šla s tím, že mi pomůže a očekávala jsem, že si budeme povídat a ona po mě furt chtěla jenom popisovat takový ty skvrny.“

V rámci psychiatrické léčby v Motole a ve stacionáři při Karlově považuje Pavla za ztěžující obecně **samotný pobyt na psychiatrii**. Ten v ní vyvolával pocit jakési nedostačivosti ve srovnání s ostatními pacienty s PPP: „Upřímně si myslím, že všechny ty léčebny měly pro mě opačnej účinek, prostě sem tam odsud' odcházela s tím, že ještě jsem to nedokázala tak, jako ty holky.“ Dále jako obtížně prožívané popisuje **hromadné vážení** v Motole, které jí vedlo ke srovnávání se s ostatními dívkami s PPP a také **kontakt s ostatními pacientkami**, který ji, mimo srovnávání, vedl k inspiraci patologického chování: Pavla uvádí: „A to porovnávání vnitřní, a to vážení, to bylo hrozný. To hromadný vážení.“, „Pamatuji si, že úplně nejhorší pro mě bylo potkávat tam právě jiný holky, který pro mě byly, že to dotáhly vlastně dál a já se tam vždy vlastně naučila spoustu jiných věcí, který jsem neznala. Poprvé sebepoškozování, bulimie. Takže spíš tohle mě hodně uškodilo, než pomohlo.“

Podpůrné a ztěžující faktory neodborné péče

Podpůrné faktory

Zejména v počátcích onemocnění vnímá Pavla, že jí pomáhala **maminka**. Pro Pavlu byla podpůrná její pozornost – **pozornost maminky**, kterou pociťovala při společných chvílích: „První, jak to začalo, tak mi pomáhala mamka“, „Ale neměla jsem problém tam dojíždět. Ale to taky souvisí s tím, že mamka z toho udělala takový náš den. A to mi asi taky pomáhalo. Že jsem měla pocit, že jsme jen spolu a měla jsem radost, že s ní jsem.“

Pavla ve svém vyprávění hovoří také o **bezpodmínečném přijetí spolužáků** (školní třída), které považuje za jeden z nejdůležitějších podpůrných faktorů. Přijetí třídou mělo

na Pavlu pozitivní vliv nejen v samotném onemocnění, ale také ve vztahu k sobě: „*Byl to jeden z důležitých podpůrných faktorů.*”, „*Kdy jsem měla i to období, kdy jsem fakt normálně jedla, fakt jsem vycházela sama se sebou, měla jsem lidi, který mě brali takovou, jaká jsem.*“, „*A protože na mě nikdo nekoukal přes prsty, neměla jsem důvod mít o sobě pochybnosti.*“

Dále Pavla vypráví o svém současném **partnerovi** (manžel), který jí v léčbě pomáhal svým **normálním přístupem** k ní. Ten ji vedl k podpoře zdravého chování a potřeby být vnímaná reálně jako dospělá žena. Pavla uvádí: „*Jakože bych si před ním nedovolila jít na ten záchod a že by mě pak slyšel. Prostě jsem nechtěla, aby vůbec nějak zaznamenal, že jsem nemocná.*“, „*Pomohlo mi to, že na mě koukal jako na normální, dospělou ženskou, která prostě ty kraviny jako nedělá*“, „*A vlastně mě tak i zabavil, že jsme chodili někde po výletech, že jsem měla ten pocit té aktivity, že jako tak, že jsem prochodila dnes celý den a můžu si dát to jídlo. Třeba i v restauraci.*“ Pavle také pomáhaly manželovy upřímné **komplimenty**: „*Říkal, že jsem hrozně krásná a takovýhle pěkný věci.*“, „*Takže i to mi pomohlo. Že jsem cítila to, že se mu fakt líbim a že to neříká jen tak.*“

V rámci hospitalizační péče hovoří Pavla o sociální podpoře, kterou nalézala v ostatních pacientech na psychiatrii: „*Byli tam různí lidi, kteří mě pomáhali to tam zvládat. To je pravda, ty lidi mi pomáhali. To jo.*“ Uvádíme jako téma **podpora v ostatních pacientech na psychiatrii**.

Ztěžující faktory

I zde Pavla zmiňuje svoji **maminku, partnera a spolužáky**, dále obecně **ostatní lidi**, kteří ji svým přístupem situaci a léčbu ztěžovali. Zde považujeme za podstatné podotknout, že se jednalo o odlišnou školní třídu než tu, která byla zmíněna v rámci podpůrných faktorů.

Pavla popisuje, že na počátcích své léčby nelehce prožívala **chválu za to, že jí**. Ta v ní vzbuzovala pocit prohry – neúspěchu v nemoci. Uvádí: „*Asi naprosto nejhorší pro mě bylo, když zejména v začátcích mé léčby, měl každý potřebu mě chválit za to, že jím.*“, „*Cítila jsem se hrozně. Jako slaboch. Oni vyhráli, já to nedokázala. Ten vztek na sebe a na ně nedokážu ani popsat.*“ Dále také popisuje, že ji z počátku maminka **nechávala číst knihy o PPP** s tím, aby jí upozornila na následky jejího onemocnění. Pavla si uvědomuje, že jí knihy naopak inspirovaly v možnosti dosažení lepších výsledků: „*Dávala mi číst různé knihy, které se PPP týčou, chtěla ať se dočtu, co mě může potkat a tak, což mělo paradoxně opačný účinek. Ovlivnily mě naopak jako inspirace, kam až se to dá dotáhnout.*“

Pavla hovoří také o tom, že pro ni bylo obtížné **nucení do jídla**, které v ní vzbuzovalo pocity nadřazeného a nepřátelského chování sociální opory, se záměrem jí uškodit. Dodává, že jí tento přístup současně dodával pocit pozornosti: „*Vzbuzovalo to ve mně vztek. Nemám ráda, když mě někdo do něčeho nutí a do jídla mě nutili odmala. Cítila jsem tam tu nadřazenost dospělých, proto jsem se stáhla víc do své nemoci, kterou jsem si řídila jen já sama.*” S nepříjemnými pocity také prožívala **negativní poznámky**. Pavla hovoří konkrétně o urážlivých sms od jejích spolužáků: „*Naopak mi právě chodily takový sms, který mě dorazily, že jsem stejně tlustá kráva. Takže to nebyla pomoc, ale ještě víc mě to ničilo.*” Zmiňuje také negativně prožívané ironické poznámky od jejího tehdejšího přítele a současného manžela a dalších z jejího okolí.

Pavla také hovoří o tom, že jí byl velmi nepříjemný přístup jejího okolí, který v ní vzbuzoval pocit, že je vzhledem ke svému onemocnění vnímána s opatrností a vědomím, že je nemocná: „*Dělali ze mě v podstatě blázna, jako malé dítě, kterému se nesmí říct nic, aby se nezačalo vztekat. Měla jsem pak pocit, že jsou na mě milí a hodní jen, abych nezačala blbnout s jídlem.*“

Dále popisuje **zátěžové situace**, které u ní předcházely nejen mentální bulimii, ale také sebepoškozování a mentální anorexii. O těchto situacích se zmiňuje jak v souvislosti s obtížně prožívanými kontakty s lidmi s PPP, tak s dalšími problémy: „*Kdy jsem do toho malinko spadla víc, třeba když byl nějaký problém.*”

Pavla zmiňuje také jako ztěžující: „*Prostě ty diety všude možně.*”

V rámci hospitalizační péče popisuje Pavla inspiraci patologického chování od ostatních pacientů: „*Pamatuju si, že úplně nejhorší pro mě bylo potkávat tam právě jiný holky, který pro mě byly, že to dotáhly vlastně dál a já se tam vždy vlastně naučila spoustu jiných věcí, který jsem neznala. Poprvé sebepoškozování, bulimie. Takže spíš tohle mě hodně uškodilo, než pomohlo.*” Vzhledem ke zmiňovanému uvádíme jako ztěžující téma **ostatní pacienti jako zdroj patologického chování**.

Podpurné a ztěžující faktory vlastní aktivity

Podpurné faktory

Při hospitalizacích v Motole si Pavla vedla **osobní deník**, který jí pomáhal v emoční úlevě: „*No a bokem si vedla svůj, kam jsem se vypsala, pomáhalo mi to hodně. Pomáhá mi to dodnes.*”

V současnosti také zmiňuje **osobní zájem – šití**, které jí pomáhá ve vztahu k sobě a skrze který může zažívat pocit vlastního úspěchu: „*A vlastně teda mi to pomáhá i psychicky v tom, že mi to zvedá sebevědomí. Když vidím, co jsem ušila. Tak to mi asi nejvíc pomáhá.*“ V souvislosti se vztahem k sobě zmiňuje jako podpůrné **uznání od ostatních a zdolávání obtížných situací**. Uvádí: „*To mi pak pomáhá se cítit líp sama se sebou.*” Pavla také hovoří o pozitivním přínosu **sportu – box a běh**, ve kterém našla možnost zdravého snižování tělesné hmotnosti a vyrovnaní svého energetického příjmu a výdeje.

Ztěžující faktory

Ve své léčbě Pavla popisuje obtížně prožívaný **kontakt s lidmi s PPP** (aktivní vyhledávání i pasivní kontakt – sociální sítě, slyšela či četla příběhy), který byl pro ni zdrojem těžce prožívaného srovnávání se. Například uvádí: „*Většinou šlo o to, že jsem prostě někde někoho viděla. Nejhorší pro mě bylo číst nebo slyšet příběhy o tom, že někdo nejí, má anorexii, nevím.*”, „*Nejhorší, protože jsem se srovnávala, nebyla jsem tam kde on.*”

Pavla i v současné době zápolí se svou **orientací na výkon**, kterou sama obtížně prožívá. Neutuchající potřeba neustále dosahovat vytyčených cílů pramení z jejího stávajícího negativního vztahu k sobě – z její méněcennosti: „*A ten pocit, že vlastně nic neumím, ten už mi asi taky zůstane na věky, vlastně jak jsem se hnala za tím tehda být nejhubenější a tak teď se prostě ženu po každé za něčím jiným, abych sama sobě a druhým dokázala, že přeci jen něco umím.*”, „*Myslela jsem si, že to už pro mě bude něco, že mi to bude stačit. A i když jsem odstátnicovala na áčka bečka, vydrželo mi to asi tejdén a připadala jsem si zase úplně neschopná.*” Pavla také zmiňuje **nákup oblečení** jako ztěžující faktor: „*Pak třeba taky nákup oblečení, ty velikosti tam vidět, to bylo taky pro mě hrozný.*“ V současnosti hovoří o přetrvávající každodenní potřebě **vážení se**: „*Myslím, že problém je i to, že se každý ráno vážím, každý den.*” Dále zmiňuje jako ztěžující **časopisy a filmy**.

S Pavlou jsme se také bavili o **studu za bulimii**, který Pavla popisuje s negativní konotací: „*Styděla jsem se za bulimii. Vlastně to dodnes vnímám tak, že anorexie je vlastně nemoc silných, kteří vydrží nemoc a bulimie je nemoc slabých, kteří nevydrží nejíst, a tak zvrací. Připadala jsem si nechutně. Není příjemné někomu vyprávět, že několikrát za den zvracím.*“

U Pavly jsme určili ztěžující téma **užívání sociálních sítí ke sledování**: „*Pamatuji si, že jsem tam měla dvě, co byly se mnou v Motole a měla jsem to tak, že mě táhlo zpátky*

do nemoci je sledovat na sociálních sítích a vidět, že jsou stále hubené.“, „Takže jsem si jí šla přes sociální síť vygooglit a viděla jsem její fotky a chtěla jsem zhubnout tak jako ona.“

Podpůrné faktory v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě

Uvědomění onemocnění

Pavla vzpomíná, že si své onemocnění uvědomovala již na počátcích, a to díky **knihám o PPP**, které jí dávala maminka číst: „*Vlastně asi tenkrát, kdy jsem poprvé četla ty knížky, co mi mamka dávala. Tak jsem si řekla jo, ty myšlenky, a to ostatní chování to se tak nějak shoduje.*”

Dobrovolnost v léčbě

Pavlu k dobrovolné léčbě vedlo **těhotenství** a následně i **rodičovství**. Těhotenství, a s ním spojené další skutečnosti, jí pomohly s prvotními obavami z nárůstu hmotnosti a zbavení se behaviorálních příznaků PPP: „*A pak už jsem se k tomu vlastně nevrátila nikdy, takže od té doby vlastně si myslím, že to těhotenství mě z toho nějak dostalo.*“ Role rodiče Pavle pomohla a pomáhá neodlučitelnou zodpovědností za děti, kterou si uvědomuje. A také ve vztahu ke zdravému stravování – snaží se být pro děti vzorem, sama se snaží o zdravé stravování. Uvádí: „*Mi to přišlo, jakože na hlavu, že se tady mám starat o někoho jinýho a do toho bych měla řešit ty poruchy potravy.*”, „*To mi vlastně pomohlo i k tomu zdravému stravování.*”

Ztěžující faktory onemocnění

V souvislosti se ztěžujícími faktory nemoci popisuje Pavla přínos nemoci v **pozornosti**: „*Už jen to, že se o mě každý najednou zajímá, takže jsem logicky neměla v plánu přestat a uzdravit se, protože by si mě zase nikdo nevšímal.*” Pavle onemocnění přinášelo své **jistoty**, skrze které jí **nemoc vyhovovala**. Ve svém onemocnění nalézala **jistotu v zažití vlastního úspěchu a jistotu v projevu schopnosti**: „*Že neví, co se mnou, že prostě nechci do normálního života, že mi to takto vyhovuje a ono mi to tak opravdu vyhovovalo, protože to byla moje jistota cokoliv se mi v životě posralo, tak jsem věděla, že tohle je moje jistota, že je to něco, co umím, co dokážu, že je to něco jistého, v čem jsem si jistá, co dokážu.*”, „*Byla to moje jistota.*” Jako ztěžující jsme určili přínos onemocnění v **pocitu vlastní výlučnosti**: „*Ale bylo to prostě tak, že do té doby jsem u nás na gymplu byla já ta holka s anorexií. Vlastně jsem na to byla pyšná.*” Pavlino vnímání **nemoci jako úspěchu**: „*Bylo to něco, co jsem dokázala, dokázala jsem vydržet nejíst.*”, „*Že jsem to dotáhla někam daleko, že jsem lepší než ty holky, co drží jen dietu. Protože já jsem to dotáhla*

až mezi nemocný lidi.” Pavla dále hovoří o vnímání **onemocnění jako výhody** a **strategie zvládnání zátěže (únik)**. Vnímané výhody jí poskytovala MB. A to v možnosti stravovat se dle libosti a nepřibírat. Současně jí sloužila k ujištění okolí o jejím zdraví: „Byla jsem spokojená, mohla jsem konečně jíst všechny ty sladkosti, co jsem si odpírala, a přitom jsem nepřibírala, nehubla už jsem, ale ani jsem nepřibírala. Moje máma si myslela, jak jsem v pohodě, jak je všechno super, jak normálně jim.” V souvislosti se strategií zvládnání zátěže popisuje záměrné užití onemocnění (nezmiňuje konkrétně MA nebo MB) k úniku z negativně prožívané situace, kterou vnímala jako šikanu od učitelky: „Když se do té nemoci jakože naplno ponořím, tak půjdu do nemocnice, takže to byl únik, jakože od ní.” Tyto dva faktory, výhody a strategie zvládnání zátěže, jsme určili jako ztěžující. Jako ztěžující jsme také určili, že Pavla své onemocnění vnímala jako identitu – **nemoc jako identita a životní styl**: „Ale vzala jsem to tak, že to tak prostě je a je to můj životní styl, že prostě takto to mám.”, „Že už je to má identita.“

Dále ve své léčbě zmiňuje Pavla jako ztěžující **strach jíst normálně**, související se **strachem z nárůstu hmotnosti**, které ji v nemoci udržovaly: „Vlastně už jsem v tu dobu měla i myšlenky, jak bych se měla, kdybych mohla normálně žít, ale měla jsem obrovský strach z toho začít normálně jíst jídlo, z toho, co by následovalo na váze.”

Z Pavliných slov a celkového projevu vnímáme, že obtížně i v současnosti prožívá **zkreslené vnímání vlastního těla** a celkový **negativní vztah k sobě samé**: „Takže na základě toho mám pocit, že to tak u mě zůstane, že už si nikdy nebudu moct třeba o sobě říct, že jsem hezká, dobrá, prostě to mám asi v povaze, no.” (pláč), „A pak se vidím v zrcadle a myslím, si že jsem tlustá. Takže nevím. Tady v tomto směru je to špatný, hodně špatný.” Pavla také popisuje neutuchající problém se **srovnáváním se**: „A to věčný srovnávání s každým. To si myslím, že mi ubližovalo.” Subjektivně prožívaný problém srovnávání vnímá Pavla i v současnosti.

Příčiny relapsů

Vzhledem k tomu, že u Pavly po dobu léčby nenastala bezpříznaková období, nemohly jsme uvedená fakta považovat za příčiny relapsů. Zařadili jsme je přímo ke ztěžujícím faktorům v léčbě, jako téma zátěžové situace. Sama Pavla uvádí: „Já jsem se jako by nikdy nevrátila do toho zdraví úplně. Pro mě to spíš bylo takový jakože, kdy jsem do toho malinko spadla víc, třeba když byl nějaký problém, pak bylo období, kdy to bylo lepší. Moje zdravý období bylo, kdy jsem zvracela jenom trochu, ale nikdy ta nemoc úplně nevytizela.“ Pavla však popisuje laps, který u ní nastal v subjektivně prožívaném

zátěžovém období po porodu: „Ještě po porodu jsem zvracela, to nepovažuji za relaps.“, „Pro mě obecně období po porodu bylo náročný při obou dětech.“

Vnímané potřeby v léčbě

Z Pavliných slov vnímáme, že ve své léčbě potřebovala **nedirektivní přístup** a **empatické porozumění**: „Aby mi neříkal, že to, co dělám je špatně, aby se mě neptal, proč to dělám.“, „Hlavně to naslouchání a takovou tu otevřenost, kdyby tam byl někdo, kdo se mnou nebude mluvit, jakože už přece vim, že to jako není správný.“ V rámci individuálních terapií Pavla hovoří o potřebě **více času při individuálních terapiích**. Uvádí: „Já jsem vlastně měla třeba vždycky pocit, že tam je hrozně málo třeba času.“, „To by mi taky pomohlo, ten pocit, že ten člověk má na mě čas a můžeme to probrat spolu všechno.“

DENISA

Denise je 28 let. Dnes pracuje v IT firmě a studuje vysokou školu, obor andragogika. Pochází z rozvedené rodiny a má sestru. Denisa se v minulosti potýkala s mentální anorexií, mentální bulimií a záchvatovitým přejídáním. První příznaky MA vzpomíná přibližně ve dvanácti letech. Později u ní MA přešla, na krátký čas, v MB a poté v ZP. Délku léčebného procesu Denisa udává 15 let, z toho se ve fázi uzdravení (udržení) nachází necelé 3 roky. Jako přidružené onemocnění uvádí deprese.

S Denisou jsme se sešly v místě jejího bydliště. Rozhovor probíhal v přátelské atmosféře. Denisa odpovídala na dotazy s mírou vysoké sebereflexe a odstupu.

Podpůrné a ztěžující faktory odborné péče

Podpůrné faktory

Denisa byla třikrát hospitalizovaná v Praze Motol, a to jak pro léčbu mentální anorexie, tak léčbu mentální bulimie. Sama vnímá, že jí při MA **samotný pobyt na psychiatrii** pomohl. A to jednak v uvědomění onemocnění, ale také v získání a zkvalitnění sociálních dovedností a sebejistoty: „Ten pobyt sám o sobě mi nějakým způsobem pomohl otevřít oči.“, „Protože já jsem se tam naučila mluvit před lidma, mluvit ve skupině, říkat svůj názor. Takže já jsem tam tak jako vyrostla, trošičku z takovýho toho dítěte, nechci říkat ženy, ale do toho teanegera, který si uvědomuje víc sám sebe a je si sebejistější.“ Jako přínosné zde hodnotí **podporu zdravotních sester**, především jedné z nich: „Tak ta byla úplně skvělá. Mega rázná, cholerická, ale zároveň dokázala být skvělá a vyslechnout tě.“ Při hospitalizaci vnímá, že jí také pomáhala sezení s **psychologem**, v rámci kterých dostávala **úkoly a témata k zamyšlení**, která jí samotnou vedla k zamyšlení

se. S Denisou jsme se také bavili o podpůrných terapiích. Zde vzpomíná na **pohybovou terapii**, kterou vnímala jako příjemný prožitek, skrze který mohla uvolňovat napětí a stres: „*Kdy sme pracovali s tělem a dělali sme jako takový dynamický pohyby, kdy sme uvolňovaly napětí a stres.*”, „*Takže to bylo takový jako přínosný, příjemný.*”

V období, kdy Denisa zápolila s MA a MB, navštěvovala psycholožku, u které vnímá jako podpůrnou **strukturovanost vedení terapií**. A to v tématickém rozvržení a kladení otázek. Denisa obecně hodnotí pozitivní zkušenost se všemi psychology. Vyzdvihuje jejich **nedirektivní přístup**, který byl pro ni přínosný prostorem pro vlastní odpovědi: „*Naopak jsem se vždycky setkala s tím, že mi kladli nějaké dotazy, zabývali se nějakýma tématama, který mě vlastně dovedly samotnou k odpovědi, což bylo takové, že mi to pomáhalo k tomu mému uvědomění.*” Dále uvádí **partnerský přístup**, který jí dával pocit vyrovnané pozice a pocitu spolupodílení se na léčbě: „*Takže asi jsem se vždycky cítila tak jako, jak to říct, v nějaký vyrovnaný pozici, kdy oni se tak ke mně chovali, jakože vyrovnaně. A to mi pak dávalo ten pocit, že se na té své léčbě podílím, to si myslím, že bylo pro mě přínosný.*“

Denisa také zmiňuje zkušenost s **Centrem Anabell**, které jí pomohlo poskytnutím kontaktů na odborníky: „*Oni mi nabídli nějaký kontakty jakoby v Poličce (pozměněno) a v okolí Poličky, to si myslím, že mi pomohlo v tom, že mě aspoň nasměrovali.*”

Ztěžující faktory

S Denisou jsme hovořili o zlomu její anorexie k ZP a MB, o kterém mluvila i v rámci relapsu. Vzhledem k tomu, že u Denisy MB a ZP navazovalo na MA, jsme usoudili, že se o relaps nejednalo. Proto jsme související faktory s touto skutečností zařadili k této výzkumné otázce. Denisa zmiňuje přístup lékařky, který jí spolu s dalšími faktory vedl k postupnému přejídání: „*A ty příčiny těch bulimickejch relapsů, tak ten úplně ten první, tak tam jakoby určitě pozoruju to, že jak mi **doktorka pohrozila** tou hospitalizací, tak to bylo jakože nepříjemný.*” Denisa ve svém vyprávění popisuje také těžce prožívanou zkušenost s **bagatelizací přejídání** lékaři: „*A při přejídání mi to hodně ztěžovalo to, že ta podpora okolí tam nebyla, že to hodně, hodně lidí to zlehčovalo i hodně doktorů, takže to bylo takový nohy podkopávající.*” Zmiňuje se také o **nedostupnosti péče**, pro kterou nemohla navštěvovat denní stacionář: „*Tím, že jsem byla z Poličky (pozměněno), tak jsem neměla rozhodně možnost nějak dojíždět do Prahy, abych docházela na nějaký stacionář.*”

Podpůrné a ztěžující faktory neodborné péče

Podpůrné faktory

Denisa hovoří o obecné podpoře **rodiny**, konkrétně pak o své mamince, která pro ni byla, především v období mentální anorexie, oporou. Snažila se jí vyjít v jejich aktuálních potřebách vstříc. Dle Denisy byly pro ni podpůrné matčina snaha o **naslouchání jejím potřebám** a **empatické porozumění** její situace: „*Snažila se mě poslouchat, chápat to, co já potřebuju. To si myslím, že to bylo to, v čem to bylo, jakože pro mě dobrý.*“, „*V tom mi mamka jako spíš pomohla, protože kdyby naopak se postavila nějak direktivně, tak jelikož já jsem tvrdohlavá, tak věřím, že by to mohlo mít horší následky, než když mi takhle ustupovala v tom jídle a v tom, že chci tolik cvičit.*”

Denisa se v rozhovoru zmiňuje také o podpoře **přátel**. Uvádí jejich podporu v období relapsu, a také konkrétně v jejich **návštěvách při hospitalizaci** v Motole: „*A oni za mnou i pak při té druhé hospitalizaci chodili, tak to mi, jakože taky pomáhalo.*”

Denisa také hovoří o podpoře současného **partnera**, kterou konkrétně zmiňuje v jeho **trpělivosti**: „*Takže pak máš u sebe takovou tu berličku, že ten člověk je s tebou. Jenom to, že se mnou byl, vydržel a držel, to mi jako v tom pomáhalo, že jako dobrý, že musím bojovat, že nade mnou neláme hůl.*” Dále také zmiňuje jako podpůrné partnerovo **bezpodmínečné přijetí** v počátcích jejich vztahu: „*Takže to mi tenkrát hodně pomohlo, on, to jeho přijetí nezávislý na tom, jak vypadám.*” Před druhou hospitalizací v Motole navštěvovala Denisa taneční lekce. Zde vzpomíná na pozitivně prožívaný **zájem trenéra**, který se jí snažil s její situací pomoci: „*Cítila jsem se dobře. Určitě si myslím, že mi to pomohlo. Cítila jsem, že někdo jako opravdu má upřímný zájem o mě, a to mi pomohlo moc.*“

V rámci hospitalizační péče jsme s Denisou mluvili o ostatních pacientech na psychiatrii: „*Jo tak, z každý té hospitalizace jsem si přinesla nějaký kamarády, se kterými jsem v kontaktu doteď. Pro mě to byla taková ta podpora tam.*” Vzhledem k uvedenému uvádíme jako téma **podpora v ostatních ostatních pacientech**.

Ztěžující faktory

V rozhovoru Denisa opakovaně popisuje obtížně prožívanou zkušenost nejen s **rodinou, spolužáky**, ale také s odborníky, která se týkala faktu, že její **přejídání nebylo považováno za problém**: „*Oni to vnímali tak, že já už jsem najednou nebyla v ohrožení života kvůli podvaze a nikdo to nevnímал jako problém, a to bylo asi nejvíce zničující, protože pro psychiku to byl, podle mě, mnohem větší problém než anorexie.*” Denisa hovoří

v souvislosti s tím o vzpomínce na své víkendové propustky z psychiatrie, kdy i přes upozornění rodičů o jejím problému s přejídáním, přejížděla domů a tam se jí naskýtal možnost k přejedení se, kterých pro své onemocnění využila: „*Tam byla hromada sladkostí. Nutely prostě. To mě mrzelo, že já jsem tenkrát rodiče na to upozorňovala, ale oni to asi nebrali vážně, oni obecně to přejídání nebrali vážně nějak.*” Tíživost zmiňovaného postoje okolí popisuje slovy: „*A při přejídání mi to hodně ztěžovalo to, že ta podpora okolí tam nebyla, že to hodně, hodně lidí to zlehčovalo i hodně doktorů, takže to bylo takový nohy podkopávající.*“ Spolu s výše uvedeným faktorem hovoří Denisa o negativně prožívaném **nepochopení MB a ZP**, které s mírným projevem nevole popisuje slovy: „*Jako to nikdo moc nechápal a říkali spíš jako. Ale teďka je to lepší než anorexie, vypadáš líp, no. No tak jako jasně, že vypadám líp, než když jsem měla 35 kg.*“

V souvislosti s touto obtížně prožívanou skutečností zmiňuje Denisa, že byla pro ni ztěžující nepodpora okolí v problému přejídání – uvádíme jako **absence podpory při MB a ZP**: „*Hlavně tu podporu, kterou si myslím, že jsem při anorexii vnímala a při bulimii a přejídání vůbec. A proto to bylo tak těžký, kdy u toho přejídání, jsem se cejtila absolutně sama.*” Denisa také hovoří o obtížně prožívaných **negativních poznámkách** obecně ze strany **ostatních lidí**. Jednalo se například o poznámky k onemocnění anorexie: „*Ale pak když už jsem měla jako pak hodně nízkou váhu a nešlo mi to už moc zvrátit, ták tam už to bylo nepříjemný.*”, „*A štvalo mě, že mě to okolí nepřijímá.*”

Denisa také hovoří o svém **příteli**, který se jí v období MA snažil pomoci **nucením do jídla**, především toho nezdravého. Tento nátlak vedl u Denisy k negativním prožitkům, spojených s výčitky z jídla: „*Říkal mi, že bych měla víc jíst, takže mi nutil jíst chipsy, sladkosti a takový jako hmusy. Takže já jsem z toho pak naopak měla výčitky.*”

Pro Denisu byl také ztěžující **obdiv** sociálního okolí, který jí v nemoci udržoval. Protože právě skrze své onemocnění se jí obdivu dostávalo: „*Tak já si myslím, že obecně to sociální okolí mě táhlo zpátky. Občas mi někdo řekl, že mám pěknou postavu, že mi to sluší, jakože holky mě obdivovaly, že mám krásnou postavu, takže to je takový o co nechceš přijít, o takový ten obdiv okolí.*“

Denisa se svěřila s tím, že po dobu hospitalizace jí návštěva nosila jídlo. Tento fakt jsme určili jako ztěžující ze strany sociální opory. A to především z toho důvodu, že podporoval Denisu v záměrné manipulaci s jídlem, o které sama hovoří: „*A při té druhý hospitalizaci, tam jsem s tím právě dost manipulovala, abych co nejrychleji nabrala. Takže*

kdykoliv došla návštěva, tak mi něco donesli.” Uvádíme jako téma: **Návštěva nosila při hospitalizaci jídlo.**

Posledním tématem, které jsme u Denisy, označili jsou **zátěžová období a situace**. Jako například obtížně prožívaná situace v rodině, rozchod s partnerem, dále obecně stresová období a stres spojený s časovou tísní, který vnímá jako rizikový faktor i v současném životě: *„Takže z toho důvodu prostě to přejídání se pak vracelo, že když byly nějaký ty slabý chvíle, nějaký stresový období, negativní nálada, tak tohle byla moje berlička, kterou jsem nenáviděla.”*, *„Hodně je pro mě nebezpečnej stres. Stres ve smyslu i toho, kdy jakoby nestíhám.”* Uvádí také strach z hospitalizace: *„Takže tam hrál roli i nějaký ten strach z tý hospitalizace, že teda sem si řekla, že přiberu. Zároveň sem byla tak zpruzelá, tím jakej sem měla přísněj režim, že sem si řekla ok, ale já chci přibrat z jídel, který mám ráda a který si normálně prostě nedávám. Takže jsem začala zvyšovat pestrost těch jídel, který jim, takže jsem začala jíst hlavně takový ty kraviny, jako sladkosti, tučný jídla, a to způsobilo tu rozežranost.”* K situaci v rodině zmiňuje: *„Hodně tomu napomáhala situace v rodině, která nebyla nějak dobrá, protože rodiče se hodně hádali.”*, *„Tak jakoby ze vzteku z toho, že to doma úplně nefungovalo mezi tátou a mámou, tak sem třeba chtěla ještě víc držet na sobě a tak. Tak to bylo takový nepříjemný.”*

Podpůrné a ztěžující faktory vlastní aktivity

Podpůrné faktory

Denisa hovoří o podpůrné vlastní aktivitě především při onemocnění MB a ZP, ze kterých se od samotného propuknutí chtěla sama vyléčit. Vnímá, že jí v léčbě pomohla **neutuchající práce na sobě, spoléhání na sebe** a s nimi spojená **trpělivost**: *„Pak prostě nějaká ta neutuchající práce na sobě.”*, *„Že je důležitý, a to mi taky pomohlo, naučit se spolíhat sám na sebe.”*, *„Takže to si myslím, že mě dovedlo k tomu uzdravení. Trpělivost, vytrvalost, já sama hlavně.”* Denisa také uvádí jako podpůrnou **informovanost** a podstatné a podpůrné **chtít se léčit**: *„Ale to záviselo i na tom, jestli já chci a já jsem tak nějak jako chtěla, takže si pak myslím, že když má pacient takový přístup, tak je to v pohodě, že to má smysl.”*, *„Ale tam už jsem měla takovej jinej postoj, že už jsem se z toho chtěla dostat, chtěla jsem to řešit. Takže tam už třeba ten přístup mi přišel vhod.”* Denisa také hovoří o tom, že jí pomohlo **„uvědomění si”** a **uvědomění fyziologických zákonitostí**: *„U tý anorexie mi pak taky pomohlo uvědomit si, že to tělo neoblafneš, že tu přírodu, genetiku, to jak sme nastavený.”*

Při hospitalizaci v Motole hovoří o **osobním deníku**, jehož psaní ji velmi bavilo. A ačkoliv váhavě, tak uvádí, že jí jeho vedení pomáhalo. Zmiňuje, že si skrze psaní uvědomovala myšlenky, nad kterými mohla hloubat: „*Vždycky sem si tím psaním uvědomila nějakou myšlenku, já jsem docela takovej přemejšlivej typ, mě to docela bavilo, přemejšlet o tom, uvědomovat si nějaký věci.*“, „*Takže asi jo, pomohlo.*“ Denisa ve svém vyprávění pěkně popisuje důležitost **přítomnosti přátel v léčbě**, které si našla hned po druhé hospitalizaci: „*Protože to jsem najednou nebyla já, sport a jídlo a byly tam ty lidi, kteří tomu přidávali i jinou hodnotu.*“ Uvedené přátele si našla skrze své nové **osobní zájmy** (box, tanec, basketbal, zpěv, hra na kytaru): „*Já sem se rozhodla, že teda jako chci mít koničky.*“ Denisa vnímá, že jí její zájmy pomáhaly se sebejistotou, kterou nabývala skrze zde získávané schopnosti a dovednosti: „*Protože člověk najednou jako se učí, něco začíná umět, rozhodně mi to pomáhalo hodně na psychiku.*“ V současné době se věnuje trojboji a vzpírání, které jí pomohly ve změně pohledu na ženské tělo: „*Taky mi hodně pomohl můjovej koníček vzpírání a trojboj. Hodně mi změnil pohled na to ženský tělo.*“ Po dobu léčebného procesu, včetně současnosti, zmiňuje přínos **sportu** (pohyb, cvičení) jako takového. Jeho přínos vnímá v období mentální anorexie, a to ve zvládnání obtížně zažívané rodinné situace: „*A ještě ten sport mi pomáhal udržovat se na nějaký úrovni, protože tam byly endorfiny.*“ Sport Denise také pomáhal se zápolením s přejídáním. Dnes je pro ni podstatný v rámci udržení si zdraví.

Ve vztahu ke svému tělu uvádí jako podpůrný faktor **sebe přijetí**: „*Tak asi to nějak se přijmout, to bych i řekla, že mi pomohlo.*“ V celkovém vztahu k sobě samé jí pomohlo **zaměřovat se na netělesné věci**, a to v odpoutání mysli od přehnané důležitosti fyzického vzhladu. Uvádí: „*Myslím, že mi pomáhalo zaměřovat se na netělesný věci, jakože my nejsme jenom náš vzhled, naše fyzično, ale mnohem víc. Takže zaměřovat se na další schopnosti.*“

Denisa také uvádí, že jí v léčebném procesu pomáhaly **životní změny**. Zmiňuje se tak i v souvislosti s bulimickými relapsy, kdy jí životní změny pomáhaly tato období zvládnout: „*Mi pomáhaly právě dost často ty životní změny, třeba přestěhování se do Prahy.*“ Zde zmiňuje také jako podpůrnou **lásku z vnější**: „*A tím, že sem měla tu lásku z vnější ta potřeba toho přejídání tam nebyla, takže po celou tu dobu, jak jsem byla s ním, tak ta potřeba tam nebyla.*“

V současnosti zmiňuje také jako podpůrnou snahu **regulovat stres**. K tomu jí pomáhají **relaxace** a **meditace**, a to především při práci s emocemi: „*Snažím se regulovat stres. To bych řekla, že mi pomáhá. Taky relaxace, meditace. Alespoň jednou denně se snažím si tím regulovat stres. To mi hodně pomáhá s tou emoční stránkou, takže od toho*

přejídání.” Jako podpůrný uvádí také **denní režim** a v něm dostatek spánku. Dodržování režimu jí pomáhá, mimo jiné, ve snaze zápolit se ZP a MB. V této snaze jí také pomáhalo a napomáhá **intuitivní stravování**: *„Že mi nejvíc pomohlo, pomáhá, vsázet na přirozenost a poslouchat své tělo a po těch hrozně moc letech se odpoutat od těch všech doporučení a diet a způsobů a odmítání a vážení jídla.“* V souvislosti s tímto zmiňuje také **vegetariánství a veganství**. Denisa vnímá přínos veganství v omezení spektra stravy a tím možnosti se přejít: *„Ale na druhou stranu mi to tam pomohlo v tom, že se ti dost zúží výběr potravin, takže se ti zúží ten okruh toho, čím se můžeš přejest.“*

Ztěžující faktory

Denisa jako ztěžující zmiňuje **knihy o PPP**, které jí v období onemocnění sloužily k inspiraci patologického chování: *„Nachytat takovou tu inspiraci. Což takhle zpětně bych řekla, že to asi nebylo úplně v pohodě.“* V rámci druhé hospitalizace v Motole popisuje **záměrnou manipulaci s jídlem při hospitalizaci**, u které vnímá, že mohla být jedním z činitelů předcházejících přejídání: *„Tak jsem se snažila jíst víc při návštěvách, při vycházkách ven. A možná, že už taková ta manipulace s jídlem tady mohla být tím předchůdcem.“*

Ve svém vyprávění Denisa v souvislosti s přejídáním popisuje **negativní emoční stav** (negativní nálada): *„Takže z toho důvodu prostě to přejídání se pak vracelo, že když byly nějaký ty slabý chvíle“ nějaký stresový období, negativní nálada tak tohle byla moje berlička, kterou jsem nenáviděla.“* Dále **vnímání sebe sama jako oběti** onemocnění: *„I já sama sobě si to ztěžovala. Kdy při tom přejídání sem se dost často cejtala zoufale a jako oběť toho všeho.“*, *„Že vlastně sem si občas připadala, že to nedokážu kontrolovat a že absolutně, že to jídlo ovládá mě. Což není pravda.“*

S problematikou stravování popisuje jako ztěžující **veganství**: *„A byla jsem v jednu dobu i vegan, ale na tom teďka nejsem, protože mi došlo, že jsem nedokázala jíst dost kvalitně a že mi to možná podněcovalo to přejídání.“*

V současné době uvádí **sledování sociálních sítí**, které v ní mnohdy způsobuje negativní emoční prožitky a potřebu srovnávání se: *„Jako třeba sociální sítě, který až moc sleduju a nechávám se jima zbytečně ovlivňovat a kazit si náladu.“*, *„Ten kontakt se sociálními sítěmi je pro mě těžký, tam se srovnávám.“* Zmiňuje také **přijatý ideál ženy** a **potřebu být štíhlá**: *„Tak jakoby je to obecně ta potřeba bejt štíhlá.“*, *„A hlavně sem přijala ten trend, trend krásy, a trend, jaká bych měla bejt žena. To je jedna z věcí, který se*

nemůžu zbavit doted'. Ale vlastně čím jsem starší, tak od doby, co pracuju, tak se k tomu přidala ještě vlastně představa, že ta žena musí bejt super žena.“ S výše uvedenými faktory související **vnitřní nespokojenost**: „Takže jako taková ta nespokojenost, který právě občas přidávám až moc velkou váhu.“ Denisa také v současnosti popisuje jako ztěžující stálou **orientaci na výkon**, která jí určitým způsobem brání v zaměření se, jak sama uvádí na: „netělesný věci,“ o jejíž podstatě jsme se bavili v rámci pozitivního vztahu k sobě. Pokračuje: „Takže zaměřovat se na další schopnosti, což je pro mě docela těžký, protože já jsem vždycky byla spíš přes ty fyzický věci, aktivity, výkony, takže to pro mě není úplně jednoduchý.“

S Denisou jsme také hovořili o **studu za onemocnění**. V období anorexie hovoří o studu, který prožívala v souvislosti s reakcemi okolí na její vzhled. V období přejídání zmiňuje konkrétně stud spojený s negativními poznámkami k jejímu vzhledu: „Tam jsem se setkala samozřejmě s tím, že mi někdo řek, že jsem tlustá, takže to bylo taky takový nepříjemný. Tam sem se hrozně moc styděla za to přejídání.“ V návaznosti na stud za přejídání, a také v souvislosti s tím, že její okolí nevnímalo MB a ZP jako problém, popisuje jako ztěžující **sebestigmatizaci**: „A ona mi řekla něco jako, tak snad máš vůli, né? To je o vůli, něco takovýho. Já vím, že tekrát sem se rozbřečela a odešla sem, protože jsem se cejtila, jak nějaký monstrum, který jen jí a nikdo to nechápe a všichni to považujou za monstrum se slabou vůlí.“

Podpůrné faktory v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě

Uvědomění onemocnění

Denisa uvádí, že jí k uvědomění mentální anorexie vedly **reakce okolí**. Naopak u mentální bulimie si své onemocnění uvědomovala hned: „A jinak, to uvědomění u té anorexie bylo tím, že si toho začalo všimát okolí a začalo reagovat. U tý bulimie to bylo hned.“

Dobrovolnost v léčbě

Denisa vnímá, že období MA pro ni nebylo dobrovolné. Naopak u mentální bulimie a přejídání dodává, že se vyléčit chtěla okamžitě. K dobrovolné léčbě pomohlo Denise uvědomění, že **nechce sníženou kontrolu a vědomí nárůstu hmotnosti**: „Takže tam si myslím, že samotnej ten fakt, že ta bulimie, a to přejídání ti způsobuje to, že přibíráš na váze, tak tohleto uvědomění bylo asi zásadní, že to rozhodně nechci, že nechci mít v tomhle ztracenou kontrolu a mít kila navíc.“

Ztěžující faktory onemocnění

Denisa hovoří o vnímaném **pocitu výlučnosti**, který jí onemocnění přinášelo: „Protože já jsem se tím cejtila být tím zajímavá a vyjimečná a nečekala jsem, že tím, že s tím půjdu ven, mi ti lidi budou chtít v tom zabránit.“ V návaznosti na to zmiňuje, že ve svém onemocnění, konkrétně v MA, našla zalíbení. Nemoc se jí zdála být atraktivní a zajímavá: „A jelikož se to samozřejmě nelepšilo, protože já jsem s tím nic dělat nechtěla, protože to bylo pro ně něco vyjimečného, skvělého, tak jsem nastoupila na svoji první hospitalizaci do Motola.“ Uvádíme jako téma **zalíbení v onemocnění**.

Jako ztěžující dále popisuje **onemocnění jako strategii zvládání zátěže**: „Takže z toho důvodu prostě to přejídání se pak vracelo, že když byly nějak ty slabý chvíle, nějaký stresový období, negativní nálada, tak tohle byla moje berlička, kterou jsem nenáviděla. Zároveň mi to pomáhalo se vyrovnávat s nějakýma emocema a tak dále.“

Posledním identifikovaným tématem je **srovnávání se**, o kterém Denisa hovoří v souvislosti se sledováním sociálních sítí: „Ten kontakt se sociálními sítěmi je pro mě těžký, tam se srovnávám.“

Příčiny relapsů

Denisa spatřuje příčiny anorektických i bulimických relapsů v **zátěžových situacích a obdobích**. Při anorektickém relapsu uvádí konkrétně rodinnou situaci: „Že na to mělo určitě vliv to, že i ta situace v rodině, kdy, která už byla pro mě hodně nesnesitelná.“ Dále také uvádí v případě relapsu ZP: „A ty ostatní relapsy pak, tak to byly vždycky zas nějaký těžký období, stresový situace.“ Sama spatřuje příčinu tohoto relapsu se souvisejícími **úniky z domova**: „A myslím si, že to bylo hodně o tom úniku z domova, co to způsobilo ten druhý relaps, ale určitě tam byla nějaká nespokojenost, která mohla pramenit z toho, že mě tam odmítl nějaký kluk.“ Označili jsme jako téma **vnitřní nespokojenost**. U relapsů MA a MB uvádí: „A ty ostatní relapsy pak, tak to byly vždycky zas nějaký těžký období, stresový situace.“

Vnímané potřeby v léčbě

Denisa i přes vědomí vlastního zapříčinění hovoří o potřebě **blízkého člověka**, se kterým by mohla sdílet své myšlenky a obtíže, týkající se nejen PPP: „Jako, myslím si, že, ale jako za to si můžu určitě sama, že je to jakoby nějaký člověk, se kterým bych mohla probrat nejenom tenhle problém s jídlem, ale jakoby obecně, obecně jako takovýhle ty svoje vnitřní problémy.“

Dále uvádí, že ve své léčbě s MB a ZP potřebovala **podporu okolí**: „*Nejvíc si myslím, že jsem potřebovala podporu okolí a víru ve mě. Hlavně tu podporu, kterou si myslím, že jsem při anorexii vnímala, hlavně při bulimii a přejídání vůbec.*”

Denisa také hovoří o možné pomoci **svépomocné skupiny**, kde zmiňuje také formu online. Potenciál skupiny pro sebe vnímá ve vzájemném sdílení obdobných problémů a v získání jiného pohledu na ně: „*Možná by mi mohla pomoci nějaká svépomocná skupina.*”, „*Ale že bych třeba zájem měla, právě sejít se zase s podobnými lidma, co řešej podobný problémy a tam si o tom popovídat. Vidět i tu jinou perspektivu, ale nevím no, třeba kdyby se to dalo vyřešit jakoby online...*”

7.1. Závěrečné tabulky témat

V následujících tabulkách jsme rozdělili vzniklá témata dle výzkumných otázek. V případě, že se v odpovědích účastníka výzkumu vyskytlo dané téma, označili jsme jej křížkem.

VO1					
Respondenti	K	S	E	P	D
PODPŮRNÉ					
Poskytovatelé odborné péče					
Poskytovatel psychologické péče (psycholog, psychiatr)	×	×	×	×	×
Přístup poskytovatelů odborné péče					
Nedirektivní přístup (přístup zaměřený na člověka)	×	×		×	×
Psychoedukace	×		×		
Hospitalizační péče					
Samotný pobyt na psychiatrii	×		×		×
Podpora zdravotních sester	×	×	×	×	×
Podpůrné terapie při hospitalizaci	×	×	×	×	×
ZTĚŽUJÍCÍ					
Poskytovatelé odborné péče					
Poskytovatel psychologické péče (psycholog, psychiatr)	×			×	
Poskytovatelé zdravotní péče (dětský pediatr, jiný lékař)	×		×		×
Přístup poskytovatelů odborné péče					
Direktivní přístup	×		×	×	×
Bagatelizující přístup	×				×

Tab. č. 1 Témata k výzkumné otázce: Jaké faktory odborné péče jsou považovány za podpůrné a ztěžující?

VO2					
Respondenti	K	S	E	P	D
PODPŮRNÉ					
Aktéři sociální opory					
Rodina		×	×	×	×
Přátelé/Spolužáci	×	×	×	×	×
Partner (přítel, manžel)		×		×	×
Přístup sociální opory					
Nedirektivní přístup	×	×	×	×	×
Nestigmatizující přístup			×	×	
Komplimenty		×		×	
Hospitalizační léčba					
Ostatní pacienti jako zdroj sociální opory	×	×	×	×	×
ZTĚŽUJÍCÍ					
Aktéři sociální opory					
Rodina	×	×	×	×	×
Přátelé/Spolužáci		×	×	×	×
Partner (přítel, manžel)				×	×
Ostatní lidé		×		×	×
Přístup sociální opory					
Direktivní přístup	×	×	×	×	×
Stigmatizující přístup	×	×		×	×
Strach	×		×		
Nepochopení	×				×
Bagatelizace MB a ZP	×	×	×		×
Hospitalizační léčba					
Ostatní pacienti jako zdroj patologického chování	×			×	
Další					
Zátěžové situace a období	×	×	×	×	×

Tab. č. 2 Témata k výzkumné otázce: Jaké faktory neodborné péče jsou považovány za podpůrné a ztěžující?

VO3					
Respondenti	K	S	E	P	D
PODPŮRNÉ					
Dobrovolnost			×		×
Alternativní přístupy	×	×	×		×
Pohybové aktivity	×	×		×	×
Aktivity osobního rozvoje	×	×	×	×	×
Osobní deník	×	×	×	×	×
Svépomocné manuály		×	×		
Denní režim	×	×	×		×
Snížení nároků na sebe		×	×		
Regulace stresu			×		×
Příroda		×	×		
Oproštění od problematiky PPP		×	×		

Čas	×	×	×		
ZTĚŽUJÍCÍ					
Kontakt s problematikou PPP (osobní a neosobní)	×	×		×	×
Pozitivní a negativní emoční stavy		×			×
Přijatý ideál ženy	×				×
Nepravidelný režim	×	×	×		
Alternativní styly stravování			×		×
Absence představy normálního stravování	×	×	×		
Stud za onemocnění	×	×	×	×	×
Sebestigmatizace		×	×		×
Orientace na výkon			×	×	×
Užívání sociálních sítí				×	×
Nevěděly jak z onemocnění	×	×			

Tab. č. 3 Témata k výzkumné otázce: Jaké faktory vlastní aktivity jsou považovány za podpůrné a ztěžující?

VO4					
Respondenti	K	S	E	P	D
UVĚDOMĚNÍ					
Sebereflexe patologického chování	×	×	×		
Zdravotní následky onemocnění	×		×		
Reakce okolí	×				×
DOBROVOLNOST					
Životní událost			×	×	

Tab. č. 4 Témata k výzkumné otázce: Jaké faktory jsou považovány za podpůrné v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě?

VO5					
Respondenti	K	S	E	P	D
Zisk z onemocnění	×	×		×	×
Strach ze změny	×	×		×	
Nemoc jako strategie zvládnání zátěže		×	×	×	×
Atraktivita onemocnění		×		×	×
Nemoc jako součást		×		×	
Zkreslené představy	×			×	
Srovnávání se	×	×		×	×

Tab. č. 5 Témata k výzkumné otázce: Jaké faktory onemocnění jsou považovány za ztěžující?

VO6					
Respondenti	K	S	E	P	D
Zátěžové období a situace	×	×	×	×	×

Tab. č. 6 Témata k výzkumné otázce: Jaké jsou vnímané příčiny relapsů?

VO7					
Respondenti	K	S	E	P	D
Potřeba blízké osoby	×	×			×
Potřeba informací	×	×	×		
Čas	×			×	
Nedirektivní přístup	×	×		×	

Tab. č. 7 Témata k výzkumné otázce: Jaké jsou vnímané potřeby v léčebném procesu?

7.2. Odpovědi na výzkumné otázky

V této části kapitoly podáváme zprávu o zkušenosti všech participantů našeho výzkumu. Výše uvedená témata v tabulkách č. 1-7 zde uvádíme v narativní podobě. A to v rámci jednotlivých výzkumných otázek. Uvedená témata vznikla syntézou témat jednotlivých participantů a hledáním témat nadřazených.

Témata, která byla v rámci analýzy určena námi, jsme označili slovy „určili jsme“.

1. Jaké faktory odborné péče jsou považovány za podpůrné a ztěžující?

První z výzkumných otázek se zaměřovala na podpůrné a ztěžující faktory odborné péče. Zde jsme identifikovali celkem 10 stěžejních témat, která se týkala poskytovatelů péče, jejich přístupu a konkrétně hospitalizační péče na psychiatrii. Jedná se o 6 podpůrných faktorů a 4 ztěžující.

Podpůrné faktory

V této části jsme identifikovali 6 podpůrných faktorů. První z těchto témat, které se objevovalo u všech žen, jsme označili jako **poskytovatelé psychologické péče (psycholog a psychiatr)**. S nimi se respondentky setkaly při individuálních terapiích v rámci hospitalizační péče na psychiatrii nebo v běžném životě. Denisa a Ela zažily pozitivní zkušenost s psychologem, Pavla pozitivní zkušenost s psychiatrem a Klára se Sárou jak s psychologem, tak psychiatrem. Psychiatr byl našimi respondentkami vnímán jako poskytovatel psychologické podpory. Například Sára uvádí: „Byla to psychiatrická s KBT, ne psycholožka. Moc mi pomáhala, byla skvělá.“ Klára zmiňuje: „Myslím si, že mi v tom hodně pomáhaly ty psychoterapie u paní psycholožky.“ Další okruh témat, která jsme identifikovali, popisuje přístup odborníků, který naše respondentky považovaly za podpůrný. Pavle, Sáře, Kláře a Denise byl společný podpůrný **nedirektivní přístup**. Klára se Sárou ho popisují v bezpomínečném přijetí a empatickém porozumění: „Nechávala mi ten prostor rozhodnout se sama. Do ničeho mě nenutila, vždycky mě vyslechla a přijímala s tím, jaká jsem.“, „Od první chvíle, co jsem tam přišla, jsem neměla

pocit, že tam jsem jako pacient. Vnímala mě v tom, jaká jsem teď, že jsem chytrá dívka.“ Všechny čtyři respondentky uvádí nedirektivní (ve smyslu čistě nenutící) a partnerský přístup. Například Denisa zmiňuje: *„Takže asi jsem se vždycky cítila tak jako, jak to říct, v nějaký vyrovnaný pozici, kdy oni se tak ke mně chovali, jakože vyrovnaně. A to mi tak dávalo ten pocit, že se na té své léčbě podílím.“* Pavla zmiňuje: *„Ano, to mi pomáhalo, že se mi to nesnažila vnucovat, prostě nic takového.“* U Kláry a Ely jsme identifikovali jako podpůrný přístup **psychoedukaci**, která jim pomáhala v pochopení rozličných obtíží. Například Klára u nutriční terapeutky uvádí: *„Ona mi hodně vysvětlovala, jak to funguje, jakože jak spalujeme a tak. To mi hodně pomáhalo.“*

V rámci hospitalizační péče uvádí Ela, Denisa a Klára jako podpůrný **samotný pobyt na psychiatrii**. Ten například Kláře pomohl v posílení interpersonálních vztahů: *„Důležitý to bylo pro mě i z toho hlediska sociálního právé.“*, *„Taky sem se zpátky naučila nějak komunikovat s těma lidma doma.“* Se všemi respondentkami jsme hovořili o přístupu zdravotních sester při hospitalizaci. Všechny participantky považují **podporu zdravotních sester** za přínosnou. Ela uvádí: *„Povídaly si s námi o různých věcech z našeho i jejich života, projevovaly pochopení, smály se s námi.“* Některé zmiňují srovnání s ostatními zdravotními sestrami. Pavla uvádí: *„Ano, ale od ostatních jsem vnímala spíš nálepku holky hloupý.“* Součástí léčby na psychiatrii jsou **podpůrné terapie**. U všech našich respondentek jsme zaznamenali přínos těchto terapií, avšak rozdílné povahy. Například Klára uvádí přínos canisterapie: *„Jo, pomáhalo mi to v kontaktu s někým.“*, Sára přínos arteterapie: *„Tak spíš metoda odlehčení, než aby to byla prostě terapie. Odpočla sem si.“*

Ztěžující faktory

I zde popisují respondentky zkušenosti s odborníky, avšak negativní. Dvě účastnice (Klára, Pavla) s **poskytovateli psychologické péče (psycholog, psychiatr)** a tři (Klára, Ela, Denisa) s **poskytovateli zdravotní péče (dětský pediatr, jiný lékař)**. U těchto odborníků jsme identifikovali jako ztěžující **direktivní přístup**, se kterým uvedly zkušenost všechny respondentky, vyjma Sáry. Jak například uvádí Ela přístup své lékařky ve věci další hospitalizace pro MA: *„A to, jak mi vyhrožovala, byla jsem fakt reálně úplně vyděšená.“* Pavla uvádí: *„Bylo to jen o tom, co mám dělat a co mám jíst.“* Dopady direktivního přístupu byly u jednotlivých případů rozličné. Například u Pavly vedl k podpoře patologických myšlenek, u Ely a Denisy byl jedním z impulzů k záchvatovitému přejídání. Klára a Denisa se ve své léčbě setkaly s **bagatelizujícím přístupem** lékařů. Denisa zmiňuje obtížně prožívanou bagatelizaci jejího problému s přejídáním: *„Hodně lidí to zlehčovalo i hodně“*

doktorů, takže to bylo takový nohy podkopávající.“ Klára hovoří naopak o bagatelizaci její podváhy dětskou lékařkou, která u ní vedla k podpoře patologického smýšlení: *„A dalo mi to teda info o tom, že musím teda ještě víc hubnout, protože na tom ještě nejsem úplně tak blbě, takže takto zpětně mi to nepomohlo.“*

2. Jaké faktory neodborné péče jsou považovány za podpůrné a ztěžující?

Ve druhé výzkumné otázce jsme identifikovali 7 podpůrných a 11 ztěžujících témat. 17 témat, která se týkala jednotlivých aktérů sociální opory a jejich přístupu. A jedno téma, jehož původcem jsou ztěžující situace a období.

Podpůrné faktory

Všechny respondentky uváděly podporu **přátel** nebo **spolužáků**. Konkrétně spolužáky zmiňují Klára s Pavlou. Ostatní hovořily o podpoře přátel. Například Ela uvádí: *„A přátelé, ti mi pomáhali. Hlavně v celém období po Motole až doposud.“* Krom Kláry uvádí všechny respondentky podporu v **rodině**. Sára hovoří o svých rodičích: *„Naši tu nemoc hodnotili, jakože špatně, ale né úplně jako katastrofu, to mi jakoby, pomohlo.“* Pavla, Sára a Denisa zmiňují podporu v jejich partnerech. Pavla například uvádí: *„Také mě motivoval se začít uzdravovat i manžel.“* Denisa vypráví o trpělivosti partnera: *„Jenom to, že se mnou byl, vydržel a držel, to mi jako v tom pomáhalo.“* Z přístupů byl nejčastěji uváděný (u všech žen) **nedirektivní přístup**. V rámci něj hovoří Ela se Sárrou o možnosti nést zodpovědnost za své onemocnění. Sára zmiňuje v přístupu svých rodičů: *„Ale vždy rozhodnutí o tom, co a jak udělám, nechali na mně.“* Pavla, Sára, Klára a Denisa hovoří o bezpodmínečném přijetí. Přičemž Denisa uvádí také matčino naslouchání jejím potřebám a empatické porozumění: *„A hlavně prostě sama nevěděla, co si počít, snažila se mě poslouchat, chápat to, co já potřebuju. To si myslím, že to bylo to, v čem to bylo, jakože, pro mě dobrý.“* Ela s Pavlou považovaly za podpůrný **nestigmatizující přístup**, který charakterizuje normální přijetí. Tedy takové přijetí, ve kterém nebyly vnímány skrze své onemocnění. Ela například uvádí: *„Díky jejich, normálnímu přijetí jsem se necítila jako ta nemocná, ale naopak jako ta schopná, která je zodpovědná za svůj život.“* Pavla vypráví o přístupu partnera: *„Pomohlo mi to, že na mě koukal jako na normální, dospělou ženskou, která prostě ty kraviny jako nedělá.“* Pavla se Sárrou také hovoří o podpůrných **komplimentech** od svých partnerů, nejen ke vzhledu, ale také k vlastní osobě. Sára zmiňuje: *„Partner, který mě vždycky uklidní. Říká mi, že jsem hodná, že si mě váží jako člověka, ať se mám ráda.“*

V rámci hospitalizační péče jsme u všech respondentek identifikovali jako podpůrný faktor **ostatní pacienti jako zdroj sociální opory**. Všechny hovoří o vnímané podpoře. Ela také zmiňuje přínos v možnosti získání jiného náhledu na své onemocnění: „*Myslím, že byly pro mě víc než vítanou podporou. To sdílení příběhů a vzájemné svěřování mi hodně pomohlo získat si určitý odstup a nahlížet tak na svoji situaci tak nějak strážlivěji.*“

Ztěžující faktory

V rámci ztěžujících faktorů jsme identifikovali několik aktérů sociální opory. A to **rodinu** u všech respondentek. Sára například hovoří o chování svého otce: „*Táta mi chtěl pomoci, že na mě řval: ‘ty chceš jako zdechnout, chceš vyhladovět k smrti, to tady budu žít s nějakou kostrou nebo co?’.*“ (smích) Dále **přátelé** nebo **spolužáky** u všech, vyjma Kláry. Zde Pavla uvádí svoji zkušenost se spolužáky: „*Naopak mi právě chodily takový sms, který mě dorazily, že jsem stejně tlustá kráva. Takže to nebyla pomoc, ale ještě víc mě to ničilo.*“ U Pavly a Denisy jsme našli společné téma **partner**. Denisa hovoří o své zkušenosti s parnterem: „*Říkal mi, že bych měla víc jíst. Takže mi nutil jíst chipsy, sladkosti a takový jako hnusy. Takže já jsem z toho pak naopak měla výčitky.*“ Pavla, Denisa i Sára také hovořily obecně o **ostatních lidech**. Například Denisa vypráví o cizích lidech, které potkávala na ulici, a kteří měli negativní poznámky k jejímu vzhledu.

Všechny účastnice považují za ztěžující zkušenost s **direktivním přístupem**, který v převážné většině vedl u respondentek k podpoře onemocnění. Pavla, Klára a Denisa hovoří o obtížně prožívaném nucení do jídla. Pavla například uvádí: „*Je to hrozný, ale je to tak. Takže mě to spíš táhlo k té nemoci, to že mě nutila.*“ Dále Sára s Klárou sdílí svoji zkušenost s nucením vážit se. Klára popisuje svou reakci: „*Pro mě to znamenalo, tím, že jsem měla ještě míň, než oni si mysleli, takže jsem každý ráno vstávala abych vypila několik litrů vody do sebe.*“ Sára zmiňuje celkový nátlak rodičů: „*To chování, ten nátlak rodičů mě ještě víc motivovalo k tomu, abych k psychologovi třeba nešla a libovala si v nemoci.*“ Ela hovoří o výtkách, které jí podle ní v onemocnění utvrzovaly. Druhým popisovaným přístupem (Klára, Sára, Pavla a Denisa) je **stigmatizující přístup**. Popisují jej v chování sociálního okolí, které je vnímalo a hodnotilo skrze onemocnění a také v negativních poznámkách okolí. Pavla například uvádí: „*Dělali ze mě v podstatě blázna, jako malé dítě, kterému se nesmí říct nic, aby se nezačalo vztekat. Měla jsem pak pocit, že jsou na mě milí a hodní jen, abych nezačala blbnout s jídlem.*“ Denisa, Sára a Pavla zmiňují zkušenost s negativními poznámkami k onemocnění. A to jak ze strany nejbližších, tak také ze strany spolužáků a cizích lidí. Sára například uvádí zkušenost s otcem: „*A on na mě řval, když ten kluk byl*

vedle v pokoji, něco ve smyslu, že už se to nedá vydržet, jestli se chci přežrat k smrti.“ Pavla zmiňuje zkušenost s ironickými poznámkami: „*Já chápu, že to lidi otravovalo, ale to taky byla taková ta hrozná ironie, seš tlustá a tak.*“ Dalším identifikovaným tématem, které se prolínalo, kromě Pavly, všemi případy, je **bagatelizace MB a ZP**. Klára, Sára i Denisa popisují tento problém přímo jako ztěžující. Například Sára hovoří o obklopování jídlem i přes opakované diskuze s matkou. Denisa se o tomto negativně prožívaném přístupu rozpovídala více, zmiňuje přímo, že ZP a MB nevnímalo její okolí jako problém: „*A jako prostě nikdo, ani rodina, to jako nebrali jako, že mám nějaký problém, kterej by stálo za to odborně řešit. Prostě mám slabou vůli.*“ Klára také zmiňuje: „*Anorexie je výraznější, viditelnější. U bulimie jsem pak byla hodně nechaná na pospas.*“ U Ely jsme toto téma jako ztěžující určili my, a to na základě jejího výroku: „*Někteří to věděli ale neřešili to, protože byli rádi, že konečně jím. Neviděli v přejídání taková rizika jako v odmítání potravy.*“

Klára s Elou dále zmiňují negativně prožívaný **strach** jejich blízkých. Klára například hovoří o strachu její maminky, který na ni samotnou měl vliv: „*Hodně mě táhl dolů mamčin strach. Mamka se až moc bála a víc se snažila o mě starat, ten strach se na mě přenášel, a to mě drželo dole.*“ Denisa s Klárou také hovoří konkrétně o **nepochopení** okolím. Například Denisa v případě MB a ZP uvádí: „*Jako to nikdo moc nechápal a říkali spíš jako: ‚Ale ted'ka je to lepší než anorexie, vypadáš líp, no.‘ No tak jako jasně, že vypadám líp, než když jsem měla 35 kg.*“

V rámci hospitalizační péče zmiňují obdobnou zkušenost Pavla s Klárou. A to konkrétně s **ostatními pacienty jako zdroji patologického chování**. Obě toto téma popisují ve smyslu možnosti učit se dalšímu nezdravému chování od jiných hospitalizovaných pacientů. Klára například uvádí: „*A pak a tam hodně platí to, co jsi neuměla, to se hodně naučíš, spoustu věcí jsem se naučila, co jsem do té doby ani nedělala. Takže třeba víc podvádět. Nebo pít vodu před vážením nebo podobný věci, což vlastně nebylo dobré.*“, „*Ale taky jsem se nedokázala podporovat s holkama co měly stejné problémy, protože my jsme spolu mezi sebou soupeřily, která toho snědla míň.*“

Poslední téma, které jsme označili u všech respondentek, jsou **zátěžové situace a období**, které jim jejich léčbu neusnadňovaly. Klára s Denisou hovoří o těžce prožívané situaci v rodině. Klára například uvádí: „*A pak to byla celková situace v rodině spojená s tátou. To mi nedávalo úplně tu jistotu a tu oporu.*“ Pavla zmiňuje sebemenší problémy. Ela s Denisou popisují svoji zkušenost se strachem z další hospitalizace. Ela také vyděšení ze Stacionáře při Karlovu, který ji mimo jiné vedl k postupnému přejídání: „*A vlastně*

v momentě, kdy mi to řekla, tak pro mě začalo to, že jsem se zhoupala z anorexie do záchvatovitěho přejídání. K tomu mě vedl strach, že budu odvezená do Bohnic.“ V souvislosti se ZP zmiňuje Sára šikanu: *„Tady jsem totiž sklouzla k hroznému přejídání. Procházela jsem si šikanou ve škole a jediné, co mě drželo, bylo to přejídání. Byla to úleva.“*

3. Jaké faktory vlastní aktivity jsou považovány za podpůrné a ztěžující?

U této výzkumné otázky jsme identifikovali celkem 23 témat vlastní aktivity. 12 podpůrných a 11 ztěžujících.

Podpůrné faktory

Všechny respondentky spojuje téma **aktivity osobního rozvoje**. Těmito aktivitami se rozumí činnosti podporující ženy v uvědomění dalších schopností a dovedností, včetně životního smyslu. Podstatu tohoto tématu vystihuje pěknými a výstižnými slovy Denisa: *„Myslím, že mi pomáhalo zaměřovat se na netělesný věci. Jakože my nejsme jenom náš vzhled, naše fyzično, ale mnohem víc. Takže zaměřovat se na další schopnosti.“* Například Pavla zmiňuje přínos jejího osobního zájmu – šití: *„A vlastně teda mi to pomáhá i psychicky v tom, že mi to zvedá sebevědomí. Když vidím, co jsem ušila. Tak to mi asi nejvíc pomáhá.“* Ve své odpovědi na otázku, v čem Ele studium pomáhá ve vztahu k PPP, uvádí: *„Řekla bych, že v uvědomění si, že moje hodnota neleží v tom, jak vypadám.“* Klára hovoří o dobrovolnictví: *„Tak, díky tomu, že jsem se takhle začala věnovat těmhle aktivitám, mám pocit, že život má nějaký smysl. Po tom všem mám potřebu pomáhat ostatním tím, co jsem zažila.“* Sára jsme se tázali na jí vnímaný přínos aktivit, které pořádá pro lidi. Ve své odpovědi uvádí: *„Obrovsky mi pomáhá to, že dělám to, k čemu mám opravdu předpoklady, a to mě baví nejvíc a lidi to vidí, já to vidím a lidi to cení a není to na základě vzhledu.“*

V návaznosti na efektivní orientaci zmiňujeme téma **oproštění se od problematiky PPP**, které se objevuje u Sára a Ely. Oproštěním se zde rozumí přerušení kontaktu s lidmi s PPP, ale také kontaktu se skutečnostmi, které se váží k PPP. Ela zmiňuje: *„Taky ve své době mi pomohlo oprostít se od lidí, co mají PPP, což jsem ale viděla až s odstupem.“* Sára také hovoří o přerušení kontaktu s hubenými kamarádkami, se kterými se srovnávala tak stejně, jako s lidmi s PPP: *„Myslím, že v tomhle období mě hodně stahovalo, když jsem se vídala s kamarádkama, který byly hodně hubené a já se s něma porovnávala a pak se cítila blbě. Víím, že jsem to tak neměla brát, ale myslím si, že v té době bylo pro mě ideální se s něma neseťkávat, tak jak se neseťkávat s lidma, co poruchy přímumu potravy mají.“*

Dalším nejčtenějším tématem bylo vedení **osobního deníku**. Objevovalo se u všech respondentek. Jeho psaní jim poskytovalo prostor pro sdílení svých myšlenek spojených nejen s onemocněním. A také možnost emočního uvolnění. Klára uvádí: *„Tam sem se vypisovala ze svých strastí, to mi myslím pomáhalo.“* Ela také hovoří o deníku vděčnosti: *„A taky jsem si před pár lety začala vést deník vděčnosti. To mi hodně pomáhá ve vztahu k sobě, co mi pomohlo, co se mi podařilo.“*

S vedením si záznamů do značné míry souvisí také **svépomocné manuály**, jejichž přínos oceňovala Sára s Elou. Ela například uvádí: *„Ty mi pomáhaly v tom, že tam byly úkoly k zamyšlení se, úkoly, kdy jsem něco plnila a mohla jsem tak kontrolovat, co vlastně celý den dělám.“*

Všechny respondentky, vyjma Pavly, uvádí pozitivní zkušenost s **alternativními přístupy**. Nejčteněji zmiňovanými je jóga a relaxace. Pozitivní vliv praktikování jógy vnímají účastnice například ve vztahu ke svému tělu, jak uvádí Ela: *„Jóga mi pomáhá ve vztahu k tělu, že nemusíš mít vzorový model těla nemusíš být atletem, aby si to mohla provozovat. Bylo a je pro mě uklidňující, že když jsem šla na jógu, tak tam byly úplně všechny těla, byly tam úplně všechny možné modely postav a všichni ti lidé dokázali cvičit ásány.“* Klára vnímá přínos jógy v oprostění mysli od nemoci: *„A to mi pomáhalo právě být v klidu a nepřemýšlet chvíli nad těma věcmi, nad tím jídlem a tak.“* Užívané relaxační techniky pomohly našim respondentkám v psychickém uvolnění. Klára konkrétně hovoří o vlivu autogenního tréninku: *„A taky autogenní trénink u něj to uklidnění.“* Sára s Denisou vnímají ve své léčbě pozitivní vliv meditací a intuitivního stravování. Metoda intuitivního stravování je založena na aktivním naslouchání biologickým potřebám svého těla. Oběma ženám pomohla tato metoda se záchvatovitým přejídáním. Sára k této metodě uvádí: *„Bylo to hodně spojené s tím, že jsem měla v hlavě nastavené, co je zdravé a co ne. V tomto směru mi hodně pomohlo oprostít se od toho, co společnost nastavuje jako pravidla jídelního chování a prostě začít poslouchat sebe.“* Denisa hovoří o pozitivním vlivu meditací: *„Taky relaxace, meditace. Alespoň jednou denně se snažím si tím regulovat stres. To mi hodně pomáhá s tou emoční stránkou, takže od toho přejídání.“* Sára dodává také techniku vizualizace přejídání a subjektivně vnímané pozitivní účinky marihuany. Ela podpůrnou techniku mindfulness.

Dalším tématem, které jsme identifikovali u čtyř respondentek – Pavly, Kláry, Sárky i Denisy, jsou **pohybové aktivity**, jejichž praktikování jim v léčebném procesu pomáhá. Pavla s Denisou a Klárou hovoří o přínosu sportu v celkovém psychickém posílení. Denisa

například uvádí: „*Nic jinýho mi nedávalo smysl, a ještě ten sport mi pomáhal udržovat se na nějaký úrovni, protože tam byly endorfiny.*“ Pavla také dodává přínos sportu v podpoře zdravého energetického příjmu a výdeje: „*Nevadí mi pak jíst. Například po každém běhu nebo cvičení si večer dovolím dát něco k filmu. Mám pocit, že můžu.*“ Sára zmiňuje konkrétně tanec, jehož přínos vnímá nejen v psychickém posílení, ale také v pozitivním vztahu ke svému tělu: „*Dokázal mi pomoci fyzicky a na začátku nějaké té vědomé snahy o léčbu hlavně psychicky. Zapomínala jsem u něj na to, co se kolem mě děje. Postupně mi pomohl začít milovat své tělo a uvědomit si, že díky svému tělu mohu dělat tanec.*“

Vyjma Pavly pomáhal našim respondentkám také nastolený **denní režim**. Například Denisa zmiňuje v souvislosti se ZP: „*Taky mi pomáhá právě režim, dostatek odpočinku, málo stresu, mít tam tu fyzickou aktivitu.*“ Klára uvádí: „*Taky je to ten řád hodně, no.*“ Ela, Sára i Denisa zmiňují v rámci režimu důležitost spánku. Tři respondentky – Klára, Sára a Ela uvádí také **čas**. Klára podporu v čase zmiňuje v pozitivním vztahu k sobě: „*Tak určitě to byl čas, protože k tomu jsem tak nějak dospěla, tak nějak jsem se k tomu dopracovala.*“ Ela jej zmiňuje v podpoře zdravého (normálního) stravování. Sára o podpoře v čase hovoří v souvislosti s obecnou podporou: „*Přímo tak osobně mi pomohl čas. Prostě se té poruchy přejít, mě to prostě přestalo bavit.*“

U Denisy a Ely jsme identifikovali společná podpůrná témata **dobrovolnost** a **regulace stresu**. Ela uvádí období po epileptickém záchvatu, který byl pro ni impulzem k dobrovolné léčbě PPP: „*Do období epileptického záchvatu jsem se přejídala. Po epileptickém záchvatu jsem se nejdřív snažila regulovat stres, jak moc se nervuju se školou, kolik času trávím ve škole.*“ Obě respondentky reflektují dobrovolnost jako podpůrnou v léčbě. Ela uvádí: „*Ale hm asi díky tomu, že správně zarezovalo to období, že jsem se léčit chtěla, takže jsem brala to, co je.*“ Denisa zmiňuje: „*Ale to záviselo i na tom, jestli já chci a já jsem tak nějak jako chtěla, takže si pak myslím, že když má pacient takový přístup, tak je to v pohodě, že to má smysl.*“ V souvislosti s tím uvádíme témata **příroda** a **snížení nároků na sebe**, která se objevují u Sáry a Ely. Sára popisuje snížení nároků v souvislosti s udržením si současného zdraví: „*Přestala jsem ponocovat, přetěžovat se. Dokážu si říct, že práce není tak důležitá, že zdraví je důležitější.*“

Ztěžující faktory

Nejčtenějším tématem, které jsme identifikovali, je **stud za onemocnění**. Objevuje se u všech respondentek. U Pavly, Ely i Kláry převažuje stud za MB nebo ZP. Denisa uvádí stud za MA v období výrazné podváhy, především však zmiňuje stud za ZP a MB. Sára

hovoří obecně o studu za onemocnění. Stud byl kromě Denisy u všech důvodem k zdrženlivost v žádosti o pomoc. Klára například uvádí: „*Ale pak jsem se už styděla, zejména pak u bulimie jsem se bála to někomu říct, hlavně jako kamarádům.*“ V souvislosti se studem uvádíme téma **sebestigmatizace**, které bylo společné Ele, Sáře a Denise. U Ely a Sáry se týkala vnitřního přesvědčení nenaplněné představy ženy s MA, která je společností přijímaná. Ela například uvádí: „*Pořád jsem se necítila dost hubená na to, abych mohla být anorektička. Všude se píše o tom, že anorektičky jsou hubené, spíše jsou tak zobrazovány a já se tak necítila.*“ Sebestigmatizace byla u Sáry důvodem studu za onemocnění, u Ely důvodem nepřisuzování příznaků onemocnění MA. Denisa hovoří o těžce prožívaném sebestigmatu, jakožto následku nepochopení okolí jejího problému se ZP: „*Já vím, že tenkrát sem se rozbrečela a odešla sem, protože jsem se cejtila, jak nějaký monstrum, který jen jí a nikdo to nechápe a všichni to považují za monstrum se slabou vůlí.*“

Vyjma Ely jsme identifikovali u všech respondentek téma **kontakt s problematikou PPP**. Tímto kontaktem se rozumí osobní kontakt s lidmi s PPP, ale také kontakt neosobní – například prostřednictvím příběhů, fotografií na sociálních sítích nebo také Sárou zmiňované ProAna blogy. Pavla popisuje zkušenost se sledováním ostatních dívek z Motola na sociální síti: „*Pamatuju si, že jsem tam měla dvě, co byly se mnou v Motole a měla jsem to tak, že mě táhlo zpátky do nemoci je sledovat na sociálních sítích a vidět, že jsou stále hubené.*“ Sára naopak hovoří o neosobním kontaktu formou příběhů lidí s PPP: „*Taky jsem si půjčovala knížky od Krcha, také nějaké ty příběhy od lidí, co si tím prošli. Ale ty na mě působily negativně.*“ V rámci tohoto tématu také řadíme kontakt s hubenými lidmi. Sára například uvádí: „*Myslím, že v tomhle období mě hodně stahovalo, když jsem se vídala s kamarádkama, které byly hodně hubené a já se s něma porovnávala a pak se cítila blbě.*“

U třech respondentek – Ely, Pavly a Denisy se objevovalo společné téma **orientace na výkon**, se kterou se respondentky potýkají i v současnosti. Pavla a Ela ji popisují jako stávající potřebu sebehodnocení prostřednictvím dosahování vytyčených cílů. Například Ela uvádí: „*Ale co se týká sebeúcty, tak i vlivem toho, že jsem bohužel, zatím, stále člověk orientovaný na výkon, tak jsou to různé i racionální cíle, který si dávám a na základě toho pak poměřuju.*“ Pro Denisu je tato tendence bariérou v orientaci na netělesné aktivity, které sama vnímá jako podpůrné v léčbě.

U Denisy a Sáry jsme identifikovali společné téma **pozitivních a negativních emočních stavů**, které obě ženy popisovaly v souvislosti se záchvaty přejídání. Například Sára popisuje: „*Ale zároveň jsem v tom přejídání našla aktivitu, která mi zaplnila takový*

místa, kdy jsem nevěděla co dělat, nuda, úzkost. Hodně často se stalo, že jsem přišla dom z školy a přejedla jsem se.“ Dále jsme u Kláry a Denisy našli společné téma **přijatý ideál ženy**, na jehož základě se obě participantky hodnotily. Klára jej zmiňuje v období relapsu, kdy ji přijatý ideál vedl k představě štíhlosti. Denisa o něm hovoří jako o přetrvávajícím problému v současnosti: *„A hlavně sem přijala ten trend, trend krásy a trend jaká bych měla být žena. To je jedna z věcí, který se nemůžu zbavit do teď.*“ Dalším tématem, které jsme identifikovali u Pavly a Denisy, je **užívání sociálních sítí**. U Pavly jsme toto téma jako ztěžující určili my, a to na základě popisu užívání sociálních sítí k vyhledávání dívek s PPP. Denisa sama považuje za ztěžující jejich sledování i v současnosti: *„Jako třeba sociální sítě, který až moc sleduju, a nechávám se jima zbytečně ovlivňovat a kazit si náladu, když to tak řeknu. Je to teda jedna z věcí, kterou bych mohla omezit.*“

U Kláry, Sáry i Ely jsme identifikovali téma **absence představy normálního stravování**. Sára například uvádí: *„A nevěděla jsem ani jak začít s tím, abych se nepřejídala, neměla jsem se čeho a koho chytit. Myslela jsem si, že je cesta zase nejíst. Neměla jsem žádnou normální představu o tom, co je správně, jak je to vlastně správně.*“ Návaznou kategorií je **nepravidelný režim**, který je v případě Sáry a Kláry popisován jako vynechávání jídla. V případě Ely jako narušení denního režimu. U všech žen vedl k záchvatu přejedení. Klára popisuje svoji zkušenost: *„Ale většinou to skončilo tak, že jsem celý dopoledne nic nejedla, celý den jsem nic nejedla a večer jsem se hladem hrozně přejedla. A jedla jsem jako čokolády a taky jiný věci a jak na to tělo nebylo zvyklý, tak mi bylo hrozně blbě. Měla sem pak z toho akorát deprese, úzkosti, všechno.*“ Denisa s Elou zmiňují **alternativní styly stravování**, které vnímají jako ztěžující v léčbě ZP. Denisa, ačkoliv váhavě, tak o veganství uvádí: *„Že jsem nedokázala jíst dost kvalitně a že mi to možná podněcovalo to přejídání.*“

Dalším tématem, které jsme našli jako společné pro Kláru a Sáru je, že **nevěděly jak z onemocnění**. Obě ženy hovoří o tom, že se z onemocnění chtěly léčit, ale nevěděly jak. Sára například uvádí: *„A nevěděla jsem ani jak začít s tím, abych se nepřejídala, neměla jsem se čeho a koho chytit.*“

4. Jaké faktory jsou považovány za podpůrné v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě?

Zde jsme identifikovali celkem čtyři témata. Tři k uvědomění onemocnění a jedno k dobrovolnosti v léčbě.

Uvědomění v onemocnění

Tři z respondentek – Ela, Sára a Klára vnímají, že si své onemocnění uvědomily na základě **sebereflexe patologického chování**. Sára například uvádí v souvislosti se ZP: „*Uvědomila jsem si to sama tím, že jsem si říkala, že to moje chování není asi už nejnormálnější a samozřejmě to, že mě to i omezuje. Tady jsem totiž sklouzla k hroznému přejídání.*“ Dalším identifikovaným tématem jsou **zdravotní následky onemocnění**, které Klára s Elou považují za impuls k uvědomění svého onemocnění. Klára zde hovoří o situačních zdravotních následcích vlivem nadměrného užívání projímadel: „*V rámci té bulimie to bylo, když už jsem snědla 60 kapek a bylo mi blbě, a věděla jsem, že nemůžu jít úplně do školy.*“ Kláru s Denisou vedly k uvědomění také **reakce okolí** na jejich onemocnění. Denisa se zmiňuje: „*A jinak, to uvědomění u té anorexie bylo tím, že si toho začalo všimnout okolí a začalo reagovat.*“

Dobrovolnost v léčbě

Zde jsme identifikovali společné téma pro Elu a Pavlu, a to **životní událost**. U Pavly se jednalo o těhotenství a následné rodičovství, které ji vedly k dobrovolné léčbě. Ela byla naopak konfrontována s novou diagnózou epilepsie, která mohla být, dle odborníků, jedním z následků PPP: „*Myslím ale, že jsem se nějak vnitřně úplně odhodlala, když se u mě projevila ta epilepsie, to jsem se hodně vylekala.*“

5. Jaké faktory onemocnění jsou považovány za ztěžující?

V rámci této výzkumné otázky jsme identifikovali sedm ztěžujících faktorů.

Kromě Ely jsme u všech respondentek našli společné téma **zisk z onemocnění**, který je v nemoci udržoval. Klára s Pavlou hovoří o pozornosti, kterou jim nemoc přinášela. Pavla popisuje zisk pozornosti: „*Vlastně jsem v tu dobu vnímala už jen to, že se o mě každý najednou zajímá, takže jsem logicky neměla v plánu přestat a uzdravit se, protože by si mě zase nikdo nevšímal.*“ Pavle a Sáře přinášela jistotu. Pavla hovoří o jistotě úspěchu a jistotě projevu schopnosti. U Sáry jsme téma jistoty jako ztěžující určili my na základě uváděného: „*Ještě víc mě to nutilo být v té své jistotě přejídání, kde jsem se jako by schovávala.*“ Sáře, Denise a Pavle přinášelo onemocnění vlastní pocit výlučnosti. Sáře také pocit vlastní sebehodnoty. Jak například Sára uvádí: „*Díky ní jsem měla pocit vlastní hodnoty a jedinečnosti. Že jsem prostě zajímavá.*“ U Pavly jsme pocit výlučnosti jako ztěžující určili my. Dalším tématem, které jsme identifikovali u Kláry, Sáry a Pavly, je **strach ze změny**. Klára s Pavlou uvádí ztěžující strach normálně jíst a Sára s Pavlou strach z nárůstu hmotnosti. Pavla ke strachu z tloušťnutí a změně stravování uvádí: „*Vlastně už jsem*

v tu dobu měla i myšlenky, jak bych se měla, kdybych mohla normálně žít, ale měla jsem obrovský strach z toho začít normálně jíst jídlo, z toho, co by následovalo na váze.“ Téma **nemoc jako strategie zvládnání zátěže** jsme našli u čtyř respondentek, a to Ely, Sárý, Pavly a Denisy. Denisa například uvádí: „*Takže z toho důvodu prostě to přejídání se pak vracelo, že když byly nějak ty slabý chvíle, nějaký stresový období, negativní nálada tak tohle byla moje berlička, kterou jsem nenáviděla. Zároveň mi to pomáhalo se vyrovnávat s nějakými emocemi a tak dále.*“ U Ely, Pavly a Sárý bylo toto téma jako ztěžující určeno námi. U Sárý a Pavly jsme identifikovali téma **nemoc jako součást**. Obě participantky hovoří o onemocnění jako životním stylu a své identitě. Životní styl jako ztěžující faktor jsme určili u obou žen. U Pavly jsme jako ztěžující určili, že vnímala své onemocnění jako identitu. Sára naopak ztěžující faktor identity vnímala sama. Sára v odpovědi na otázku, co ve své léčbě vnímá jako nejvíce ztěžující, uvádí: „*Že jsem si z nemoci udělala identitu, stala se ze mě holka s anorexií.*“ Další téma **atraktivita onemocnění** jsme našli jako společné u Sárý, Pavly a Denisy. Sára s Denisou hovoří o zalíbení v onemocnění. Sára v odpovědi na otázku, co v léčbě považuje za nejvíce ztěžující, uvádí: „*Mě to vlastně hrozně bavilo, to, že mi pak bylo blbě.*“ U Pavly jsme určili jako ztěžující vnímání onemocnění jako úspěchu a výhody. Výhodu v onemocnění popisuje takto: „*Takže jsem fakt problila několik let na vysoký. Aaa, ale vyhovovalo mi to, byla jsem spokojená mohla jsem konečně jíst všechny ty sladkosti co jsem si odpírala, a přitom jsem nepřibírala, nehubla už jsem, ale ani jsem nepřibírala.*“ Sára přejídání naopak vnímala jako ritualizaci a odměnu, které jsme u ní jako ztěžující určili my. Klára s Pavlou popisují **zkreslené představy**. U Kláry jsme zkreslené představy o jídle určili jako ztěžující. Klára v období anorektického relapsu uvádí: „*Nemohla jsem si vzít kousek čokolády během dne. Já jsem si myslela, že je to zakázané, že to nemůžu.*“ U všech respondentek vyjma Ely jsme našli společné ztěžující téma **srovnávání se**. Ve většině případů se jedná o srovnávání s ostatními dívkami s PPP. Pavla s Klárou hovoří také o celkovém srovnávání se. Srovnávání bylo u žen zdrojem sebehodnocení, které vlivem onemocnění PPP vedlo k převážně negativnímu hodnocení sebe sama. Pavla například ve své odpovědi na důvod prožívané tíživosti z kontaktu s lidmi s PPP uvádí: „*Nejhorší, protože jsem se srovnávala, nebyla jsem tam kde on.*“

6. Jaké jsou vnímané příčiny relapsů?

V rámci této výzkumné otázky jsme identifikovali jedno téma.

U všech respondentek bylo příčinou relapsů **zátěžové období a situace**. Z toho se u Pavly jednalo o příčinu lapsu, kdy v obtížně prožívaném období po porodu jednou

zvracela. Ela například uvádí: „*Hlavně vysoké nároky mé na sebe, co se týče školy, zkouškový či stresy jiné. Nebo prostě když jsem musela řešit nějaký větší problém dlouhodobě.*“ Denisa hovoří o příčině relapsu v souvislosti s obtížně zažívanou situací mezi jejími rodiči: „*A myslím si, že to bylo hodně o tom úniku z domova, co to způsobilo ten druhý relaps.*“

7. Jaké jsou vnímané potřeby v léčebném procesu?

K této výzkumné otázce jsme identifikovali celkem čtyři pocíťované potřeby.

Klára, Denisa i Sára vnímají, že ve své léčbě potřebovaly **blízkou osobu**, se kterou by mohly své strasti sdílet. Klára hovoří o potřebě blízkého člověka: „*Jako myslím si, že asi nejvíc, když jako měla jsem v té době jako spoustu kamarádů, ale chyběl mi jako hodně blízký člověk, který by měl to pochopení.*“ Výjma Ely a Denisy se zmiňují participantky o potřebě **nedirektivního přístupu**. Například Pavla uvádí: „*Hlavně to naslouchání a takovou tu otevřenost, kdyby tam byl někdo, kdo se mnou nebude mluvit, jakože už přece vím, že to jako není správný. Že se kolikrát ti psychologové snažili vlastně mi vnutit začátek té nemoci.*“ Sára uvádí: „*Zažít si dřív pocit bezpomínečného přijetí. Cítila jsem ho u té psychologůky. V podstatě od první chvíle, co jsem tam přišla, jsem neměla pocit, že tam jsem jako pacient.*“ U tří respondentek – Ely, Sary a Kláry jsme identifikovali téma **potřeba informací**, avšak rozličného původu. Ela hovoří o potřebě vědění, jaká mohou nastat rizika. Také zmiňuje potřebu, jak po hospitalizaci. Tedy získat informace o tom, jak se léčit v rámci následné péče. Zde Ela uvádí: „*Nějaká forma nácviku, jak po tom. Jak přidávat na porcích, jak udržet váhu. To by mi dost možná pomohlo.*“ Sára konkrétně hovoří o potřebě informací, jak z anorexie ven: „*Myslím, že mi chyběly informace o tom, jak z anorexie ven. Nevěděla jsem co dělat, bylo to pro mě někdy zoufalé.*“ Klára popisuje, že se léčit chtěla, ale nevěděla jak: „*Já už jsem dlouho věděla že chci, ale nevím jak.*“ Společnou potřebou, o které hovořila Pavla s Klárou, byl **čas**. Pavla zmiňuje čas v rámci terapeutických sezení: „*Toho času bylo málo. To by mi taky pomohlo, ten pocit, že ten člověk má na mě čas a můžeme to probrat spolu všechno.*“

8 DISKUZE

Cílem diplomové práce bylo zjistit, co lidem se zkušeností PPP v jejich léčebném procesu pomáhalo, a co jim naopak léčbu ztěžovalo. Zkoumání této problematiky předcházela autorčina mnohaletá zkušenost s PPP a její léčbou. Dále také zájem přispět jak ke zkvalitnění péče o osoby s PPP, tak k podpoře vlastní aktivity v léčbě. Tu považujeme za stěžejní v úspěšné léčbě a prevenci relapsu. Autorčinu vlastní zkušenost vnímáme jako přínos v hlubším pochopení zkušenosti respondentů a komplexity léčebného procesu.

Diskuze k výsledkům

Výsledky našeho výzkumu naznačují, že se na úspěšné léčbě a její prožívané kvalitě podílí více faktorů. A to poskytovaná odborná a neodborná péče, vlastní aktivita nemocného a samotné onemocnění, které svým charakterem působí jako ztěžující. Výsledky také potvrzují vyskytující se relapsy v léčbě a naznačují pociťované potřeby po dobu léčby.

Mimo hlavní výzkumné otázky jsme došli k zjištěním, které potvrzují dosavadní výzkumy. Respondentky uváděly délku léčebného procesu, která se u všech pohybovala v řádu několika let. I přes to, že se dnes nachází ve fázi udržení, se u většiny z nich vyskytují s odlišností intenzity přetrvávající obtíže. U všech respondentek se také vyskytovaly relapsy. To, že jsou PPP dlouhotrvajícím onemocněním se sklonem ke chronicitě a častými výskyty relapsů, potvrzují z mnoha odborníků například Papežová (2012), Papežová a Hanusová (2012) a Němečková (2011).

Podpůrné a ztěžující faktory odborné péče

Poruchy příjmu potravy jsou psychosomatickým onemocněním. Vyžadují proto multidisciplinaritu zainteresovaných odborníků, v ideálním případě jejich spolupráci. Nezastupitelnost poskytovatelů psychologické a zdravotní péče v léčbě PPP je tedy jasně stanovena. Z důvodu pociťovaného přístupu odborníků respondentkami nebo přínosu individuálních terapií je jednoznačné, že poskytovatelé psychologické péče byli považováni účastníky jak za podpůrné, tak za ztěžující faktory. Přičemž poskytovatelé zdravotní péče pouze za ztěžující. Dvojznačnost přístupu odborníků v léčbě PPP naznačují také výsledky výzkumu, ve kterém se Linville a jeho spolupracovníci (2012) zaměřili, mimo jiné, na to, jak odborná opora napomáhá v uzdravení z PPP. Výzkumu se účastnilo 22 žen ve věku 23-55 let zotavených z MA, MB, blíže neurčených PPP nebo kombinace PPP. V rámci kategorie

„*poskytovatelé mají sílu*“ (poskytovatelé zdravotní péče, poskytovatelé psychologické péče) byly prokázány pozitivní i negativní zkušenosti s odborníky.

Co je pro účely našeho výzkumu také podstatné, je vnímaný přístup uvedených odborníků našimi respondentkami. Většina respondentek hovořila o podpůrném nedirektivním přístupu. Pilíře námi uváděného nedirektivního přístupu, který je saturován jednotlivými zkušenostmi respondentek – bezpodmínečné přijetí, empatické porozumění, partnerský a nedirektivní (nenutící) přístup, vnímáme jako úzce související s na klienta zaměřeným (Rogersovským) přístupem. Ten je dle Papežové (2001) blízký přístupu motivačního rozhovoru, který rozvinul při své práci s alkoholiky William R. Miller. Jako podpůrný je užíván při práci s pacienty s PPP, a to v rámci motivační terapie. Základními faktory na straně terapeuta, které Miller se svými pracovníky identifikovali, jsou obdobné charakteristiky nedirektivního přístupu. Tedy pochopení a přijetí významu onemocnění pro pacienta, vyjádření přijetí, potvrzení klienta a zdůraznění klientovi možnosti svobodné volby (Papežová, 2001). Papežová dále se svými spolupracovníky zmiňuje při práci s jedincem s PPP důraz na spolupráci (než na konfrontační přístup) a na vlastní autonomii pacienta – právo nést zodpovědnost za svůj život, nežli užití autoritativního vedení (Papežová, Uher, & Soukup, 2010). Účinnost metody motivačních rozhovorů byla ověřena důkladným výzkumem (Feld et al., 2001, in Papežová, 2010; Wolk & Devlin, 2001, in Papežová, 2010). Papežová (2010, 317) dále také hovoří o terapeutickém vztahu, ve kterém zmiňuje podstatnost bezpodmínečného přijetí odborníkem, a to zejména v období nedobrovolné léčby, které provází ambivalentní chování: „*Pacient by se měl cítit přijat pro svou vnitřní hodnotu (Rogersovo bezpodmínečné pozitivní přijetí)*.“ Tento princip taktéž vnímáme totožný s nedirektivním přístupem. Krch (2013) dodává žádoucí trpělivost, empatii, pochopení, vhodnou komunikaci a terapeutické dovednosti, včetně přijetí pacienta i přes jeho nespolečnost. Také již zmiňovaný Linville a jeho spolupracovníci (2012) ve svém výzkumu v rámci kategorie „*poskytovatelé mají sílu*“ hovoří o pozitivní zkušenosti dvanácti respondentek s odbornou pomocí, které oceňovaly přijetí, laskavost a neodsuzování ze strany odborníka.

Dalším přístupem, který byl označen dvěma respondentkami jako podpůrný, jsou psychoedukace. Ty napomáhaly k porozumění zákonitosti onemocnění. Psychoedukace jsou přínosné jak v počátcích zahájení léčby, kdy mohou přispět k hlubšímu pochopení problému pečujících osob, a s tím spojeným vhodnějším přístupem, tak již v průběhu léčby (například terapií), kdy jejich užití může přispět lepšímu pochopení problému nemocným a s tím

spojeného získání potencionálního, nezkresleného pohledu a zvýšení motivace. Jak uvádí Papežová (2018), psychoedukace hrají nezastupitelnou roli v léčbě PPP.

V rámci hospitalizační péče vnímalo všech pět respondentek jako přínosné podpůrné terapie při hospitalizaci. Také Švédová (2013) hovoří při hospitalizační péči o podpoře neverbálních terapeutických programů. Jmenuje tím například arteterapie, muzikoterapie, na tělo orientované terapie. Ačkoliv Švédová (2013) konkrétně nezmiňuje přínos těchto terapií, naše respondentky jej jednotně vnímají v uvolnění mysli od onemocnění a v odpočinku, ale také v podpoře v interpersonálním kontaktu. Vnímáme, že při psychiatrických hospitalizacích není plně prostor pro realizace těchto terapií v jejich plném, terapeutickém potenciálu. I přes to považujeme za podpůrné poskytovat tyto terapie alespoň v takovém rozsahu, který má potenciál pro zmiňované přínosy našimi respondentkami.

Všichni naše respondentky také zmiňují podporu zdravotních sester. Podpora je saturována zkušenostmi respondentů například s empatickým porozuměním jejich situace, nasloucháním a pocitem zájmu o ně. V současné době není mnoho výzkumů, které by se zabývaly konkrétně rolí sestry na psychiatrii v podpoře pacienta s PPP. Obecně o roli zdravotních sester na psychiatrii hovoří Švédová (2013). Ta zmiňuje, že je zdravotní sestra mnohdy pacienty vnímána jako nepřítel (pro její funkci), i přes to má tu moc vytvořit s pacientem důvěrný vztah a dohodu přístupu s laskavou důsledností. Dodává, že pacient musí vědět, že sestra tam je proto, aby mu pomohla. O možné důležitosti psychiatrických sester při hospitalizaci pacientů s PPP hovoří studie z roku 2019, která reagovala na psychické obtíže spojené s onemocněním PPP (sebevražedné tendence, pocity malé naděje v léčbě). V souvislosti s tím byl uváděn potenciál intervencí psychiatrických sester, které by mohly mít pozitivní vliv na zmiňované psychické potíže. Do výzkumu byly zahrnuty výpovědi 97 pacientů a 10 sester. Mimo jiné výsledky poukázaly na to, že psychiatrické sestry vnímaly, že pacientům nabízí kroky (akce) vzbuzující naději častěji a účinněji, než jak to vnímali sami pacienti. Dále zaznívaly náměty ze strany pacientů na intervence, kterými by se mohly sestry podílet na podpoře vzbuzování naděje u jedinců s PPP. Uvedené byly: otevřené a pečující prostředí, přítomnost sestry, úleva od bolesti a zapojení pacientů do jejich léčby. Studie také sdělovala, že pedagogové ošetřovatelství by měli dále rozvíjet strategie, které sestram umožní poskytovat péči vzbuzující v pacientech naději (Stavarski et al., 2019).

Při hospitalizační léčbě je zdravotní sestra v každodenním spojení s pacientem. Na delší období, po které je jedinec s PPP hospitalizován, je podstatnou součástí jeho

sociálního okolí. Samotná hospitalizace na psychiatrii, která je mnohdy nedobrovolná, a s ní spojené odloučení od běžného života, mohou přinášet pro nemocného zátěž. Je proto podstatné, aby zdravotní sestry, které pracují na psychiatrickém oddělení s pacienty s PPP, byly ochotné, i přes nevoli nemocných způsobenou onemocněním, vytvářet si s nimi důvěrné vztahy s pochopitelným, profesionálním odstupem. Zdravotní sestra svým vřelým přístupem a projevem zájmu o jedince (nýbrž ne pouze zájmu profesního), tak může přispívat k motivaci v léčbě a k podpoře sebehodnoty nemocného.

Dalším podpurným faktorem, který náš výzkum přináší, je přínos samotné hospitalizace na psychiatrii, o němž hovořily tři naše respondentky. Přínos byl vnímán v posílení sociálních dovedností a získání prostoru k urovnání jiných životních záležitostí. PPP jsou onemocněním, které mohou narušovat již vzniklé sociální vztahy nebo mít negativní vliv na navázání vztahů nových. Onemocnění se mnohdy stává bariérou mezi nemocným a jeho okolím. Důvodů může být mnoho, například stud a pocit nepochopení. A právě v tomto může být vnímán přínos hospitalizace jako takové. Jedinec se ocitá v prostředí, ve kterém může být navázání kontaktu snazší, a to z více důvodů. Například možností sdílení obdobných obtíží, sdílené pokoje a doplňující programy, které podporují jedince v sociálním kontaktu. Takové příležitosti mohou mít, dle nás, pozitivní vliv na oblast sociálních vztahů nemocného.

Většina respondentek také popisovala ztěžující direktivní přístup. Tento přístup vnímáme v opozici proti uváděnému nedirektivnímu přístupu, jehož přínosy považujeme za vysvětlující pro nevhodnost užití přístupu direktivního. Linville se svými spolupracovníky (2012) v kategorii „*poskytovatelé mají sílu*“ hovoří o 14 ženách s negativními zkušenostmi. Zmiňují pocity souzení, kritiky, poučování a bagatelizace. Bagatelizaci jsme taktéž identifikovali u dvou našich respondentek, avšak s rozličným dopadem. Na rizika direktivního přístupu upozorňuje Papežová (2010, 323): „*Dávání rad, přílišné přednášení a argumentace staví terapeuta do nereálné a obtížně udržitelné role, že všechno ví.*“

Vzhledem k charakteru onemocnění by mělo být užití nedirektivního přístupu, ve srovnání s přístupem direktivním, vhodnější a efektivnější. Takový přístup může vést k podpoře motivace v léčbě, větší ochotě spolupracovat, a především v získání důvěry nemocného. Ta hraje v úspěšné léčbě stěžejní roli. Současně si uvědomujeme, že je nutné vést nemocného k zodpovědnosti za svá rozhodnutí, proto i v tomto přístupu považujeme za podpurná stanovená pravidla a hranice.

Pro direktivní přístup nacházíme taktéž prostor, a to především v případech, kdy je nemocný v ohrožení na životě kvůli PPP. To také potvrzuje Papežová (2010), která hovoří o nutnosti direktivního přístupu u pacientek s velmi nízkou váhou s onemocněním MA. V těchto případech je žádoucí převaha pomoci v přibrání na váze oproti zdůraznění respektu k vlastnímu rozhodnutí.

Vzhledem k uvedenému považujeme za podstatné zmínit, že je důležité, aby se odborník vždy přizpůsobil fázi motivace onemocnění, ve které se jedinec s PPP aktuálně nachází. To je jeden z několika faktorů, které musí odborník, dle nás, umět zohlednit.

Podpůrné a ztěžující faktory neodborné péče

Sociokulturní faktory, jako je rodina, přátelé, vrstevníci a média, se na léčbě PPP přímo či nepřímo podílí. A to jak svým negativním působením, tak jako faktory sociální opory (Křivohlavý 2001; Marcos & Cantero, 2009; Meno, et al., 2008). Výsledky našeho výzkumu naznačují totéž. Tedy to, že sociální okolí, jakožto nedílná součást léčebného procesu PPP, je současně zdrojem pozitivních faktorů pomoci i negativních zkušeností. Taktéž výsledky studie od Linvilleho a jeho spolupracovníků (2012) naznačují, že podpůrné systémy, jako je rodina a přátelé mají jak pozitivní, tak negativní vliv na úzdravu osob s PPP.

Souhrnně lze říct, že respondentky hovořily o podpoře rodiny, přátel, spolužáků a partnerů. V roce 2014 byla publikována metaanalýza k tématu sociální podpory. Z 24 relevantních článků poukázala většina studií na zásadní význam rodinné a jiné sociální opory v léčbě PPP (Leonidas & Santos, 2014). Jednou ze studií byl výzkum z roku 2009, kterého se účastnilo 98 žen s MA, MB nebo nespecifikovanou formou PPP. Jeho výsledky poukázaly na důležitost rodinné sítě v léčbě PPP. Jako nejdůležitější zdroj sociální opory byly vnímány matky a partneři.

Většina respondentek hovořila o zkušenosti s direktivním i nedirektivním přístupem. Podstatu těchto přístupů vnímáme obdobnou jako v rámci odborné péče. Při nedirektivním přístupu zaznamenáváme otevřený prostor, ve kterém jedinec získává právo a možnost rozhodovat o svém onemocnění. Tento přístup dává nemocnému pocit rovnocennosti a bezpodmínečného přijetí. Užití direktivního přístupu, jako je například našimi respondentkami udávané nucení do jídla a opakované sledování hmotnosti, vnímáme v léčbě jako kontraproduktivní. Takové jednání může vést jedince s PPP ke vnímání sociální opory jako protivníka, který mu znemožňuje pokračovat ve svém onemocnění.

Dvě respondentky hovořily také o podpoře v nestigmatizujícím přístupu. Konkrétně o podpurném normálním přijetí jejich sociálním okolím. Domníváme se, že přínos zmiňovaného přístupu je především v tom, že jedince s PPP nepodporujeme v roli nemocného. Respondentky taktéž hovořily o pozitivně vnímaných komplimentech. Zaznívaly komplimenty ke vzhledu i k osobnosti. Pozitivní hodnocení považujeme taktéž za podpurný faktor, myslíme si však, že je vhodné se při hodnocení zaměřovat na takové faktory, které nemocného mohou podporovat v uzdravení a jsou stálějšího charakteru. Jedná se například o komplimenty k osobním charakteristikám, o pochvaly za vykonané činnosti apod. Považujeme za nevhodné, zejména v začátcích léčby, orientovat hodnocení ke vzhledu. Tím můžeme nemocného upozorňovat na jeho důležitost. Vnímáme, že i v těchto zdánlivě drobných krocích můžeme nalézt podporu v efektivní léčbě. Orientovat mysl nemocného na „stálější skutečnosti“, nikoliv vzhled.

Z negativní zkušenosti popisovala většina žen našeho výzkumu stigmatizující přístup a bagatelizaci MB a ZP. Jsme si vědomi souvislosti mezi ZP a obezitou, kterou také vnímáme jako podléhající celospolečenskému stigmatu. Bagatelizace MB a ZP byla pro nás překvapující. Vnímáme ji nejen jako důsledek nízké informovanosti o těchto formách PPP, ale také jako následek mediální a zkrácené propagace PPP s důrazem na MA. Také si uvědomujeme možnou psychickou úlevu pro sociální okolí, vyvěrající z viditelného faktu znovunavrácení „chuti k jídlu“ po období anorexie. Také výsledky metaanalýzy, kterou provedla Kathina Ali se svými spolupracovníky (2016), uvádí mezi nejvýznamnějšími překážkami v léčbě PPP stigma. Výsledky také udávají jako jednu z překážek málo porozumění, které zmiňují dvě naše účastnice. Na problematiku stigmatizace upozorňuje ve svém článku také Baffsky (2020). Zde australští odborníci upozorňují na téma stigmatizace a studu jako překážky při hledání pomoci u jedinců s PPP. Za stigmatizující považují zlehčování onemocnění, stereotypizaci a užívání hanlivého označení pro osoby s PPP (O'Hara & Smith, 2007; Sun et al., 2019). O zkušenosti s hanlivými poznámkami hovoří také naše participantky. Dále kanadská studie z roku 2015, týkající se 19 žen s MA, zjistila, že účastnice jednotně souhlasily se znepokojením z vnímání jejich onemocnění veřejností. Uváděly, mimo jiné, bagatelizaci a podceňování závažnosti onemocnění. Dále také uvedly, že své onemocnění skrývají ze strachu ze stigmatizace (Dimitropoulos et al., 2015).

Celková stigmatizace PPP a jiných psychiatrických onemocnění je, dle nás, celospolečenskou problematikou, která má výrazný vliv na úspěch uzdravení, na jedincovo

prožívání onemocnění a vlastní sebehodnocení, na celkovou kvalitu života a na přístup aktérů odborné i neodborné péče. I přes to, že v posledních několika letech reflektujeme snahy tento celospolečenský problém řešit, je nutné se otázkou destigmatizace psychiatrických onemocnění stále zabývat.

Všechny respondentky popisovaly jako ztěžující zátěžová období a situace. Ta měla vliv na jejich celkové prožívání onemocnění nebo konkrétně vedla k záchvatu přejídání. Respondentky také hovořily o ztěžující rodinné situaci. Problémy v rodině uvádí Papežová (2012) jako jeden z faktorů ovlivňujících uzdravení. V souvislosti se záchvaty přejídání jsou uvedeny v DSM-5 jako nejčastější spouštěče negativní afekt, znučenost, interpersonální stresory, dietní omezení, negativní pocity spojené s tělesnou hmotností, postavou a jídlem (American Psychiatric Association, 2013). Zde vnímáme souvislost s chybějící efektivní strategií zvládnání zátěže. Ty by si měl jedinec osvojit již v rodinném prostředí, které je jedním z rizikových faktorů vzniku PPP (Keski-Rahkonen & Muselin, 2016; Krch, 2005). V rámci primární prevence je proto podstatné vést děti k efektivnímu řešení problémů a ke schopnosti užívat vhodné strategie zvládnání zátěže.

Vnímáme, že podpora sociálního okolí je v léčbě PPP nepostradatelná. Současně si uvědomujeme náročnost této role, a to především pro charakter ambivalence onemocnění a mnohdy nízké motivace. I zde je nutné zohledňovat v přístupu k nemocnému fázi motivace, ve které se nachází. Krch (2013) dodává jiný pohled, který je také nutné zvažovat. Hovoří o představách blízkých o onemocnění PPP, které mohou být stejně zkreslené jako představy nemocného. Nedostatečná nebo zkreslená informovanost o PPP je také uvedena jako jedna z překážek v léčbě v rámci výsledků metaanalýzy Kathiny Ali a jejich spolupracovníků (2016).

Vzhledem k uvedeným skutečnostem je vhodné radit se s odborníkem, ideálně z oblasti PPP. Zde reflektujeme výbornou službu Centra Anabell, které poskytuje vedle přímé podpory nemocnému a odborníkům, také podporu blízkým (Anabell, nedat.).

Se všemi respondentkami jsme také hovořili o ostatních pacientech na psychiatrii, ve kterých jednotně vnímaly přítomnost sociální opory. Současně dvě z nich hovořily o ostatních pacientech jakožto zdroji inspirace patologického chování. O negativním vzájemném působení hovoří také Švédová (2013). Zmiňuje nevhodnost skupinových programů v rámci psychiatrické péče. A to zejména v počátcích léčby u nemotivovaných klientů, u kterých může docházet ke vzájemnému porovnávání se, předávání si tipů, jak

obelstít lékaře apod. (Švédová, 2013). Zmíněná rizika vzájemné inspirace považujeme, vzhledem k charakteru onemocnění, za pochopitelné. Je proto podstatné s takovým chováním počítat, nejen v rámci hospitalizační péče, ale také v běžném životě. Vnímáme, že udržování kontaktů s přáteli z psychiatrické hospitalizace, především s těmi, kteří mají obdobné onemocnění PPP, může přinášet možná rizika. Především ve fázích nedobrovolné léčby může vést udržování kontaktů k potřebě srovnávání a dalším patologickým tendencím, které mohou vést k relapsu a celkově onemocnění udržovat.

Podpůrné a ztěžující faktory vlastní aktivity

V rámci vlastní aktivity pomáhaly většině respondentkám v léčbě alternativní přístupy. Participantky hovořily například o podpoře jógy. Jak uvádí Arora a Bhatacharjee (2008), a také Douglass (2009), jedním z hlavních cílů jógy je dosažení klidu mysli, optimistického pohledu na život, zlepšení sebevědomí a vztahu ke svému tělu, vytvoření pocitu pohody a relaxace. Takové přínosy jógy zmiňují také naše účastnice, které hovoří o uvolnění a uklidnění mysli, tvorbě pozitivního vztahu k sobě a ke svému tělu. O tomto přínosu hovoří také Mehl a Žuchová (2009), konkrétně při integrální hatha józe. O pozitivních účincích jógy ve vztahu k tělu taktéž hovořilo osm žen v již zmiňovaném výzkumu od Linvilleho a jeho spolupracovníků (2012). Ve studii z roku 2007, která se zabývala účinností vědomé praxe jógy jako intervence při léčbě PPP, bylo zjištěno, že jóga sice nebyla ve změně myšlení účinná, ale současně nebyla škodlivá (Mitchell et al., 2007). Respondentky také hovořily o relaxačních cvičeních a podpoře meditací, včetně mindfulness. Dle Papežové (2018) pomáhají relaxační cvičení k uvolnění těla i mysli, a vedou k získání kontroly nad svým tělem. Gleissner (2016) uvádí v souvislosti se stresem, strachem a úzkostmi, které vyvěrají ze zotavování se z PPP, možnost přínosu meditací, a to v uklidnění mysli. Jedna z respondentek také hovořila o přínosu konopí ve zbavení se příznaků onemocnění (např. sociální uvolnění, nezaujatost tělem). O účincích marihuany ve vztahu k PPP hovoří také Rosado (2020a). Ten zmiňuje, že současné výzkumy a praxe zahraničních odborníků by mohly být prospěšné v léčbě vybraných projevů MA, a to jak emočních obtíží, tak problémů spojených s jídlem. Současně však studie z roku 2018 zveřejněná v časopise *Journal of Affective Disorders* upozorňuje na možná rizika dlouhodobého užívání konopí, jako je zhoršení příznaků deprese (Cutler et al., 2018). Vnímáme za podstatné zabývat se alternativními přístupy v léčbě PPP, které mohou výrazně přispět k podpoře léčby.

Dále jako podpůrné byly hodnoceny aktivity osobního rozvoje. Respondentky hovořily o takových aktivitách, které jim napomáhaly a napomáhají v pozitivním vztahu k sobě – k získání pocitu sebehodnoty, k rozvoji dalších schopností a dovedností nezávislých na PPP. Aktivity osobního rozvoje jim také pomáhaly k nalezení životního smyslu. Jednalo se o aktivity, jako jsou osobní zájmy, škola (studium), dobrovolnické činnosti. Zaměření se v léčbě PPP na takové aktivity, které přivedou nemocného k nalezení či znovunalezení jeho dalších schopností a dovedností, vnímáme jako velmi přínosné. Poruchy příjmu potravy, především v případě MA, mohou vzbuzovat kýžený pocit jedinečnosti, vlastní schopnosti a jistoty, o čemž také hovoří Papežová (2012) a Gleissner (2016). Je, dle nás, proto žádoucí podporovat jedince s PPP v takových aktivitách, které jej baví a mohou mu přinést obdobné zisky, jako které vnímá z PPP. Tento faktor je, dle nás, důležitý nejen v podpoře odborné péče, tedy v rámci terapií, ale také v rámci poskytované neodborné opory. A především, pokud je toho nemocný již schopný, je vhodné takové aktivity záměrně zařazovat do léčby, a to v rámci vlastní snahy o úzdravu. Tuto aktivitu v rámci odborné péče také potvrzuje jedna z respondentek ve své zkušenosti s psychiatrickou, u které jako přínosné v rámci terapie, hodnotila orientaci na podpůrné aktivity. I zde je žádoucí zvážit stádium motivace nemocného, a proto v počátcích léčby apelujeme na sociální oporu a odbornou péči, aby u něj podnítili orientaci na podpůrnou aktivitu. U těch jedinců, kteří se nachází ve fázích dobrovolné úzdravy a stavu udržení si zdraví, vnímáme jako přínosné orientovat se právě na aktivity osobního rozvoje, které považujeme také za nedílnou součást v rámci prevence relapsu. Můžeme pouze spekulovat, ale nalézáme zde spojitost v rámci prevence. Především na úrovni primární prevence. Protože onemocnění PPP přináší již zmiňované zisky, je možné domnívat se, že se s problémem vlastní sebehodnoty a vztahu k sobě potýkali jedinci s PPP již delší dobu, ještě před propuknutím onemocnění. O nízké sebehodnotě ve vztahu k PPP se zmiňujeme v kapitole etiologie PPP, kde mimo jiné hovoříme o rizikovém faktoru nízké úrovně sebevědomí, negativního sebehodnocení a pocitech neefektivnosti (Krch, 2005; Krch, 2004; Krch, 2013). Z toho vyhodnocujeme jako velmi efektivní podporovat děti již od útlého věku v jejich schopnostech, dovednostech a posilovat v nich zdravý vztah k sobě. Je zde na místě hovořit o rodině, jakožto nezastupitelném faktoru v roli rizikového chování. O podpoře zmíněných faktorů hovoří v souvislosti s prevencí a rodinným prostředím Papežová (2017b), Švédová a Mičová (2010). Udávají podporu rodinného prostředí v oblasti osobního rozvoje, posílení sebevědomí, nabízení vhodných zájmů, kvalitních hodnot, ale také podílení se na rozvoji vhodných jídelních a pohybových návyků. K této příležitosti registrujeme příručku na stránkách Centra Anabell s názvem „*Sama sebou*“, kterou vydala

společnost Dove ve spolupráci s Centrem Anabell a dalšími odborníky z oblasti PPP. Brožura je určena pro rodiče (spíše pro matky), jak u dívek dosáhnout spokojenosti sama se sebou. Příručka je mimo jiné zaměřena právě na podporu nalezení vlastní jedinečnosti, krásy a sebehodnoty (Dove a Centrum Anabell, nedat.). Samotné Centrum Anabell také vydává svépomocné manuály, ve kterých registrujeme podporu nemocného v aktivitách osobního rozvoje.

V návaznosti na aktivity osobního rozvoje zmiňujeme pohybové aktivity, které většina účastnic uváděla jako podpůrné. Jedna z žen hovořila přímo o tanci, kterému se v současné době věnuje i profesionálně. Zmiňovala jeho přínos po dobu léčby v možnosti emočního uvolnění, v podpoře pozitivního vztahu k sobě a ke svému tělu. Papežová (2018) a Payneová (2011) hovoří o tanečně pohybové terapii, a taktéž zmiňují její přínos ve vytvoření si vztahu ke svému tělu a emočním prožití skrze něj. Souhrnně respondentky označily pohyb za možnost emočního uvolnění a získání energie, a to i v současnosti. Zavedení pohybu do běžného života, jak v rámci prevence onemocnění PPP, tak také po dobu léčby a v rámci prevence relapsu, je přínosné. To také potvrzují Polanská et al., (2007), kteří, mimo jiné, udávají pravidelný pohyb v rámci prevence relapsu. Lidé s PPP by se měli pravidelně věnovat pohybovým aktivitám, které jsou nedílnou součástí zdravého způsobu života. Je vždy samozřejmě žádoucí přistupovat k pohybu s opatrností s ohledem na zdravotní stav a fázi onemocnění. V procesu léčby je vhodné konzultovat pohybové aktivity s odborníkem. Vnímáme zde riziko možné tendence k nadměrnému cvičení a užívání pohybu pouze ke snížení hmotnosti. Především u diagnózy MA.

Všechny respondentky také zmiňovaly jako podpůrné osobní deníky, jejichž vedení jim poskytovalo prostor pro emoční úlevu a možnost uvědomění si svých myšlenek. Přínos vedení si osobního deníku také zmiňuje šest účastníků již uváděného výzkumu od Linvilleho a jeho spolupracovníků (2012). Zde respondentky popisují, že jim vedení deníků pomáhalo k uvědomění onemocnění PPP a k porozumění svým emocím jako je hněv a smutek. Dvě z našich respondentek hovoří také o podpoře ve svépomocných manuálech. Ty vnímáme jako možnost, kterou mohou využít jak jedinci ne plně odhodlaní k návštěvě odborníka (z důvodu studu apod.), tak ti, kteří již odbornou léčbu podstupují nebo byli propuštěni z hospitalizační léčby. V prvním uvedeném případě se domníváme, že při přetrvávajících obtížích s rizikem závažných zdravotních problémů, by měly svépomocné manuály sloužit pouze jako možnost podpory s vidinou osobního setkání s odborníkem. Především v počátečních fázích onemocnění, kdy má nemocný zkrácené

představy o svém onemocnění, vnímáme, že zmiňovaná doporučení v manuálech mohou být vlivem onemocnění interpretována zkresleně s tendencí k zaujetí. Na dvojsečnost užívání manuálů upozorňují také Procházková et al., (2017). Například svépomocný manuál pro MA od Krcha zahrnuje tabulku BMI, která by měla sloužit k možnému zhodnocení vlastní tělesné hmotnosti. Vhodnost umístění tabulky s BMI, jejíž výsledky kategorizují jedince dle čísla a současně upozorňují na důležitost tělesné hmotnosti, je dle nás diskutabilní. A to především z toho důvodu, že v léčbě PPP je a mělo by být usilováno o snížení vlivu tělesné hmotnosti a celkového vzhledu. Jedinec je v tomto případě vystaven možnosti hodnocení se na základě čísel a kontrole tělesné hmotnosti, která se může stát nutkavou.

Dvě naše respondentky také zmiňují jako podpůrné oprostění se od problematiky PPP. Konkrétně hovoří o přerušení vztahu s lidmi s PPP, ale také o celkovém přerušení kontaktu s daným onemocněním. Tento faktor vnímáme jako podpůrný i my. Zejména v počátcích léčby a při nedobrovolné léčbě vnímáme jako důležité přerušit kontakt s jakýmkoliv aktivitami, které se váží k onemocnění, a které by mohly jedince udržovat v nemoci. Naopak považujeme za žádoucí podporovat nemocného v jeho zapojení do běžných aktivit, například v rámci již zmíněných aktivit osobního rozvoje. A to například už v období po hospitalizační léčbě, kdy mohou převažovat tendence k udržování kontaktu s ostatními přáteli z hospitalizace. Jedinec s onemocněním PPP může svoji léčbu podpořit vlastní aktivitou.

Dvě respondentky také refletovaly důležitost dobrovolnosti v léčbě. Zde je zřejmé, že dobrovolná léčba je podmínkou léčby úspěšné. Dobrovolnost v léčbě vnímáme jako klíčovou jak v oblasti odborné péče, kde je podstatná pro spolupráci s odborníky a pro léčbu zdárnou, tak v oblasti neodborné léčby. Většinou respondentek byl také zmiňován denní režim, jehož přínos byl obecně vnímán v pocíťovaném řádu, a také v problému přejídání. Dodržování režimu jako takového je také součástí svépomocných manuálů, které svým charakterem vedou k dodržování pravidelnosti. Jako podstatné vnímáme, nejen v procesu léčby, ale také ve fázi udržení a v rámci prevence relapsu, vnášet do života režim, který přináší strukturu a jistoty. Jeho přínos vnímáme zejména v onemocnění MB a ZP. Kdy dle American Psychiatric Association (2013), mimo jiné, předchází záchvatům přejídání například znučenost.

Nejčteněji zmiňovaným ztěžujícím faktorem v léčbě byl stud za onemocnění. V souvislosti s ním jsme identifikovali u třech žen problém sebestigmatizace. Většina respondentek hovořila o studu za MB nebo ZP, nikoliv za MA. Stud byl u většiny z nich

důvodem, proč se nesvěřily blízkému člověku nebo nenavštívily odborníka. Obdobná zjištění přináší metaanalýza z roku 2016. Mezi nejčastěji vnímanými překážkami byl uváděn stud (Ali et al., 2016). O studu jakožto ztěžujícím faktoru hovoří také Papežová (2012).

Již výše jsme zmiňovali, že na téma stigmatizace upozorňují australští odborníci. Iles se svými spolupracovníky (2016) přímo uvádějí stigmatizující mediální zobrazení, které prezentuje nepravdivé a zkreslené informace o PPP. Jako důsledek uvádí tendence široké veřejnosti k negativním postojům k lidem s PPP. My zde vnímáme souvislost mezi sebestigmatizací dvou z respondentek, které hovořily o pocitu nenaplnění očekávané představy ženy s MA. Jedna z nich konkrétně mluvila o prezentovaném obrazu MA médií, pro který sama sebe nepovažovala za ženu s MA. Takové pocity mohou být přítomny například v období po hospitalizační léčbě, ve kterém má jedinec stabilizující tělesnou hmotnost neodpovídající propagovanému obrazu osob s MA, současně však jeho psychika vykazuje stávající příznaky MA. V těchto chvílích může být proto obtížné například hovořit o svém onemocnění a navštívit odborníka v rámci následné péče.

Jako ztěžující zmiňovala většina účastnic také kontakt s problematikou PPP. Kontaktem je zde rozuměn osobní a neosobní kontakt (příběhy, sociální sítě, ProAna blogy). V této kategorii také zahrnujeme kontakt s hubenými lidmi. V souvislosti s konkrétně uváděnými ProAna blogy zmiňujeme výzkum Nehybkové et al., (2018), kteří se zaměřili na to, jakou roli sehrávají digitální technologie u jedinců s PPP. Mimo jiné tento výzkum poukazuje na ztěžující proanorektické a probulimické internetové stránky, které měly vliv na podporu sebevědomí. Jedna z našich respondentek uvedla právě kontakt s ProAna blogy jako ztěžující, především, z důvodu inspirace proanorektického chování.

Respondentky také uváděly jako ztěžující problémy v oblasti stravování. Jednalo se o absenci povědomí normality ve stravování, alternativní způsoby stravování a nepravidelný jídelní režim. Pojem normality ve stravování vnímáme v souvislosti s PPP jako reálně obtížný. Sledujeme více důvodu, proč tomu tak je. Může se jednat o případy, kdy jedinec nezískal představu normálního stravování už v rodinném prostředí. To také dokládá Krch (2005) v rámci rizikových rodinných faktorů, kde hovoří, mimo jiné, o vlivu rodinného prostředí na stravovací návyky dítěte. Dále také vlivem médií může docházet k postupnému zkreslování představ o vhodném stravování. Také samotné onemocnění PPP svým charakterem přispívá ke zkresleným představám o stravování. V problému normality stravování vnímáme podporu v intuitivním stravování, o kterém hovořily naše dvě respondentky, jakožto o podpoře v boji s přejídáním. Je zde podstatné oprostít se od vnímání

normálního stravování ve smyslu přijatých norem společností. A naopak je nutné nastavit vlastní normy, které vycházejí z jedinečných potřeb jedince. Proto je v léčbě, dle nás, žádoucí učit nemocného naslouchat svým potřebám a signálům těla. A vést ho od celospolečenské normality k té vlastní. Samozřejmě s ohledem na jeho zdravotní stav a fázi onemocnění. Alternativní způsoby stravování, kde zmiňují naše účastnice například pusty a veganství, u nich vedly k přejídání. Také v DSM-5 se hovoří o dietních omezeních jakožto jedněch z příčin záchvatu přejídání (American Psychiatric Association, 2013).

U dvou respondentek jsme také identifikovali jako ztěžující přijatý ideál ženy. Jedna respondentka hovořila o ideálu štíhlosti, druhá jak o ideálu štíhlosti, tak celkové představě ženy. Taktéž Papežová (2012, 2017b) zmiňuje módní štíhlost jakožto sociokulturní faktor, udržující a posilující onemocnění PPP. My se o něm zmiňujeme v kapitole etiologie PPP. Uvědomujeme si, že při onemocnění PPP je velmi obtížné odolávat potřebě srovnání se, jejíž následky mohou nemocného v onemocnění udržovat. Proto jako podpůrné uvádíme pomoc orientovat pozornost nemocného na takové aktivity a skutečnosti, které neprezentují tyto ideály (nekupovat časopisy apod.). V této problematice je žádoucí klást důraz na primární prevenci. V rámci ní na podporu uvědomění si vlastní jedinečnosti a osobních hodnot. Současně reflektujeme, že mediální propagace nezdravé štíhlosti, jakožto normy, postupně ustupuje. Jsou toho také důkazem přijaté normy pro hranici BMI módním průmyslem. Současně je nutné klást důraz na primární prevenci.

Podpůrné faktory uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě

Respondentky hovořily o sebereflexi patologického chování jakožto podpoře v uvědomění onemocnění. Do praxe zde vnímáme přínos ve vedení klienta takovým směrem, který jej dovede k vlastnímu zjištění problematického chování. Například skrze uvědomění omezení onemocněním. Respondentky také zmiňovaly zdravotní následky, které je vedly k uvědomění onemocnění. Také Kathina Ali a její spolupracovníci (2016) uvádí mezi usnadňujícími faktory v léčbě zdravotní obtíže.

V dobrovolnosti v léčbě byly zmiňovány dvěma respondentkami životní události, které je vedly k dobrovolné léčbě. Krch (2002) hovoří o životních událostech ve spojitosti s predisponujícími faktory PPP. Jedna z respondentek zmiňuje těhotenství a mateřství, které ji vedly k dobrovolnosti v léčbě. Zde vnímáme souvislost s metaanalýzou, kterou provedla Kathina Ali se svými spolupracovníky (2016). Mimo další faktory usnadňující hledání pomoci uvádějí podpůrný faktor „vliv na životní role“. V případě naší respondentky, pro kterou byla vnější motivace (těhotenství a rodičovství) jediným faktorem, které jí vedly

k dobrovolné léčbě, vnímáme zvýšené riziko relapsu. Nasvědčuje tomu také její negativní vztah k sobě, který uvádí jako stávající.

Ztěžující faktory onemocnění

Papežová (2010) hovoří o problematice odporu pacienta s PPP (stagnace a nízká motivace) v léčbě. Ten popisuje, mimo jiné, v souvislosti se zisky dysfunkčního chování a strachem ze změny jídelního chování. Dodává, že je pro tyto a další faktory podstatné, zaměřit se v léčbě na osobu, nikoliv na její dysfunkční chování. Také náš výzkum potvrdil, že většině respondentek přinášelo onemocnění zisky. Účastnice hovořily o pozornosti okolí, kterou jim onemocnění poskytovalo. Dále také o jistotě v nemoci, o pocitech výlučnosti a sebehodnoty díky onemocnění. Nejčastěji se také objevoval již zmíněný strach ze změny. Naše respondenty v souvislosti s MA hovořily o strachu z nárůstu hmotnosti a o strachu jíst normálně. O těchto bariérách hovoří také Gleissner (2016). Zmiňuje přínos onemocnění v jistotě, sebevědomí o svém těle a celkové vlastní hodnotě. Taktéž metaanalýza, provedena Ali a jejími spolupracovníky (2016), ukázala mezi nejvýznamnějšími překážkami nízkou motivaci ke změně. Ta byla podmíněna ztrátou zisku z nemoci a strachem ze změny (například nárůstu hmotnosti). Obava z nárůstu hmotnosti je také jedním z diagnostických kritérií MA dle DSM-5 (American Psychiatric Association, 2013). V situacích, kdy je klient ovlivněn zisky z onemocnění, včetně strachu spojeného se změnou, je důležité k němu přistupovat nedirektivně. Odbornými kroky ho podpořit v rozpoznání dysfunkčních myšlenek, které mohou mít vliv na jeho odpor a s tím spojenou nízkou motivaci. To také potvrzuje Papežová (2010, 2001). Dále také dodává, že je nutné brát v úvahu zdravotní stav jedince (Papežová 2010). V souvislosti se zisky z onemocnění a jejich náhradou je žádoucí vést klienta k sebepoznání, směrem uvědomění vlastní sebehodnoty, ve které může nalézt žádoucí jistoty. Je vhodné ho podporovat v orientaci na aktivity osobního rozvoje, včetně sebezpečí, v navazování a udržování sociálních vztahů a v jiných aktivitách s potenciálem podpory.

Dalším zjištěním, které náš výzkum přinesl, je onemocnění jako strategie zvládnání zátěže. V převážné většině případů se jednalo o přejídání jako strategie. Zde vnímáme souvislost s faktorem osvojení si adaptivnějších způsobů zvládnání stresu, který je jedním z definujících stav uzdravení z PPP (Papežová, 2018, 2012; Polanská et al., 2007). Zde můžeme opět spekulovat. V rodinném prostředí se utváří představy k řešení problémů a odpovědnosti za svá rozhodnutí. Pokud rodinné prostředí neposkytne dítěti tyto možnosti, může to vést k tomu, že nebude mít osvojené vlastní strategie zvládnání zátěže, nebude si

vědomo vlastních zdrojů a nebude umět čerpat inspiraci ze svých chyb. Takové rodinné prostředí může přispívat s jinými faktory k rizikovému chování dítěte, jako jsou například i PPP. Zde vnímáme přesah do primární prevence, v rámci které je nezbytně nutné vést děti k sebepoznání, k efektivním způsobům zvládnání zátěže a zodpovědnosti za svá rozhodnutí (Papežová, 2017b; Švédová & Mičová, 2010). Nejčastěji se také vyskytovalo obtížně prožívané srovnávání, které je jedním z charakteristik PPP. Ali et al., (2016) uvádí faktor srovnávání s překážkou popření onemocnění a neschopnosti vnímat jeho závažnost. Zde zmiňují srovnávání s těmi, kteří jsou považováni za více nemocné. Taktéž Papežová (2012) hovoří o srovnávání se jako o jednom z projevů onemocnění.

Příčiny relapsů a pocíťované potřeby v léčbě

Naše výsledky potvrzují, že se v léčebném procesu PPP vyskytují relapsy, které jsou přirozenou součástí léčby, jak například uvádí (Polanská et al., 2007). U všech našich účastnic byly důvodem relapsů zátěžové období a situace, které respondentky vedly k znovunavrácení onemocnění. Vnímáme zde souvislost s nevytvořenými efektivními strategiemi zvládnání zátěže. O nich již hovoříme v případě zátěžových období a situacích v rámci neodborné péče. Také Papežová (2012, 2018) a Polanská et al., (2007) zmiňují mezi hlavními znaky uzdravení osvojení si adaptivnějších způsobů zvládnání zátěže. To vnímáme jako jeden z podstatných úkolů fáze udržení zdraví a prevence relapsu. Schopnost reagovat na stres jiným způsobem než hladověním nebo přejídáním je jedním z faktorů, které přispívají k prevenci relapsu (Polanská et al., 2007).

K nejčastěji zmiňovaným potřebám patřila potřeba blízké osoby. V tomto případě vnímáme blízkou osobu ve spojení s pochopením. Vzhledem k již zmiňované mediální stigmatizaci, zkrasleným představám o PPP a také obecné stigmatizaci psychiatrických onemocnění, může být mnohdy obtížné být pro nemocného s PPP blízkou osobou poskytující oporu a pochopení. V případech, kdy nejbližší neví nebo neumí poskytnout vhodnou podporu, je důležitá konzultace s odborníkem. V rámci ní je žádoucí psychoedukace, kterou odborník může podpořit vzájemné pochopení, vhodnější podporu. V souvislosti s tím nabízí Centrum Anabell příručky se záměrem rozšířit povědomí o onemocnění PPP a zkvalitnit péči o jedince s tímto onemocněním. Považujeme za podstatné uvést, že nejen blízcí, ale také odborníci poskytující zdravotní a psychologickou péči, neumí poskytnout vhodnou péči. V těchto případech apelujeme na podporu mezioborové spolupráce. Dále hovořila většina našich respondentek o potřebě informací. Jedna z nich zmiňovala potřebu nácviku, co dělat po hospitalizační léčbě. O této potřebě

hovořilo také devět žen ve výzkumu Linvilleho a jeho spolupracovníků (2012). Ženy diskutovaly o užitečném začlenění do léčby, jak jíst, jak jíst před ostatními, jak se naučit zdravému stravování. V návaznosti na následnou péči po hospitalizaci vnímáme jako obtížné umět pokračovat v nastoleném režimu z psychiatrické hospitalizace. Jedinci se vrací do rodinného prostředí, které disponuje svými zvyklostmi, mnohdy do měst, ve kterých nejsou specializované pomoci, jako je například Centrum Anabell nebo možnost denních stacionářů. Také psychika nemocného je ve většině případech stále pod vlivem onemocnění. Po několikaměsíční hospitalizaci je ponechán svému osudu. Zde by měla pochopitelně navazovat následná péče. Obtíže však nastávají v případech, kdy v místě bydliště a v jeho okruhu není dostupná speciální péče pro osoby s PPP a rodina, přes stávající nepochopení a možné očekávání plné údravy po hospitalizaci, očekává zdravé chování. Tento problém by mohl být řešitelný reformou psychiatrické péče a navázáním a podporou multidisciplinární spolupráce. V tom vnímáme potenciál větší dostupnosti péče.

Limity výzkumu

Mezi hlavní limity výzkumu zahrnujeme osobní zkušenost autorky, která mohla například vést k nevědomým tendencím při tvorbě dat. Mohla tak vnímat respondentovu zkušenost skrze zkušenost výzkumníka. Toto riziko si autorka uvědomovala. Před provedením prvního rozhovoru a během sběru dat se snažila o sebereflexi a zachování neutrality. V průběhu analýz konzultovala s vedoucí práce nejednoznačná témata, v případě určení témat samotnou autorkou tuto skutečnost vždy poznamenává. I přes uvedená fakta vnímáme osobní zkušenost autorky práce jako přínos. A to v jasnějším pochopení zkušeností respondentů. Současně si uvědomujeme ovlivnění výsledků výzkumníkovým pohledem na celý proces. Tento fakt však metoda IPA nevyvrací. V rámci ní jak respondent, tak výzkumník, tvoří data (Pietkiewicz & Smith, 2014).

Pro časovou rozsáhlost a spletnost problematiky PPP bylo v prvních fázích pro nás téma obtížně uchopitelné. Trvalo nám zorientovat se v časovém sledu událostí, které jsme od respondentů získávali. Dále, co vnímáme jako obtížné, bylo specifikovat jednotlivá témata v rámci motivačních fází onemocnění. Zpočátku jsme tento záměr zamýšleli, ale později jsme si uvědomili, že podpůrné i ztěžující faktory se mohou prolínat celým procesem léčby, včetně fáze uzdravení, ve které je vnímáme tak stejně podstatné, jak v dalších fázích. A to především v rámci prevence relapsu.

Jako hlavní limity práce vnímáme námi stanovenou hranici minimálně dvou let od posledních příznaků onemocnění (minimálně dva roky ve fázi uzdravení, udržení).

Vzhledem k získaným zkušenostem účastnic výzkumu se domníváme, že byla tato hranice nastavena příliš brzy. A to především u některých respondentek vzhledem k přetrvávajícím příznakům onemocnění (na mentální úrovni), která jsme zaznamenali až v průběhu rozhovorů. A také z důvodu jasnějšího zachycení období relapsu po delším období fáze uzdravení. Přítomnost přetrvávajících příznaků ve fázi udržení zdraví vnímáme vzhledem k délce léčebného procesu, který se pohyboval v řádu let, k charakteristice fluktuace onemocnění PPP a v poslední řadě k námi stanovené hranici, jako pochopitelné. O PPP jako o déletrávajícím a fluktuujícím onemocnění hovoří také odborníci. Ti dále údajují, že u těch jedinců, kteří se po pěti letech nevyhlídají z PPP jsou jejich patologické návyky více zakořeněny (Krech, 2005; Papežová 2012). Další limity vnímáme v nemožnosti provést všechny rozhovory osobní formou, a to vzhledem k epidemiologické situaci. V případě, že probíhaly rozhovory online, uskutečňovaly se na obou stranách v domácím a nerušeném prostředí. V rámci otázek rozhovoru vnímáme možné riziko zkreslení u otázky, která se týkala relapsu. Ačkoliv byl vysvětlen pojem relaps, vnímáme, že v některých případech byl tento pojem zaměňován s příčinami záchvatů přejídání. Tento fakt jsme reflektovaly až při samotné analýze. Snažili jsme se však vést výpověďmi respondentek. A to s vědomím, že příčiny relapsů a samotných záchvatů přejídání, považujeme v obou případech za ztěžující faktory.

I přes to, že jsme se stanovenými podmínkami snažili o homogenitu vzorku, nalézáme limity například v zařazení respondentky, která je již matkou. Vnímáme, že samotné těhotenství a mateřství může mít vliv na prožívané skutečnosti a na využívání vlastní aktivity v léčbě. Jsme si také vědomi, že vzorek byl genderově nevyvážený. Do našeho výzkumu se však respondenti mužského pohlaví nepřihlásili. Vzhledem ke značné převaze výskytu PPP u žen jsme tento fakt očekávali.

Uvědomujeme si, že výsledky naší studie nejsou zobecnitelné. Vzhledem k tomu, že se jedná o kvalitativní typ výzkumu, nebylo to ani předpokladem. Naším cílem bylo zaměřit se na hluboký popis specifické zkušenosti pěti účastníků se zkušeností s léčbou PPP. Snažili jsme se o co největší pochopení jejich zkušenosti a její vhodnou interpretaci.

Využití práce

Již v úvodu hovoříme o možném využití našich zjištění. Výzkum jsme realizovali s cílem přispět ke zkvalitnění péče o osoby s PPP. A také se záměrem podpory jedinců se zkušeností s PPP v podílení se v léčbě vlastní aktivitou. Při interpretaci výsledků jsme se snažili také klást důraz na zachycení reakcí, které respondentky popisovaly. Například

v rámci zkušenosti s nevhodným přístupem odborníků nebo sociální opory. Autorka práce by ráda využila získané poznatky v rámci online podpůrné skupiny pro osoby s PPP, na jejíž přípravě se v současnosti podílí. Dále také při své budoucí praxi, kterou by ráda směřovala ke klientům s tímto onemocněním.

Práce by mohla být přínosná odborníkům, kteří se ve své praxi setkávají s jedinci s PPP. Dále lidem, kteří mají ve svém okolí někoho, kdo se s PPP potýká. Vnímáme, že díky otevřenému a podrobnému sdělování informací našimi respondentkami mohou výsledky přispět k lepšímu pochopení zákonitostí onemocnění. Například v pochopení jednání nemocného v souvislosti s uváděnými zisky z onemocnění, jako například v porozumění tomu, proč je onemocnění pro něho tak důležité a proč je obtížné se jej vzdát. Domníváme se, že přečtení interpretací, které zachycují jedinečné zkušenosti jedinců se zkušeností s léčbou PPP, mohou napomoci v obecné problematice nepochopení, stigmatizace, ale také studu za onemocnění. Za přínosné dále považujeme zjištěné potřeby po dobu léčby, ze kterých je možné čerpat inspiraci ke zkvalitnění odborné i neodborné péče, ale také sebepéče.

Z rozhovorů vyplývá, že pro úspěšnou léčbu, udržení uzdravení, a především prevenci relapsu, je velmi důležitá vlastní aktivita nemocného. Ta je samozřejmě podmíněna dobrovolností v léčbě. Proto hovoříme s ohledem na stádium motivace nemocného. Tato práce byla napsána, mimo jiné, právě s cílem podpory osob s PPP. A to v jejich snaze o samoléčbu. Myslíme si, že by bylo přínosné, po konzultaci s dalšími odborníky, využít zjištěné podpůrné faktory vlastní aktivity v rámci svépomocných manuálů a jiných přínosných aktivit určených přímo do rukou jedince s PPP.

Přínos práce také vnímáme v přesahu do oblasti primární prevence, která by měla probíhat již od útlého dětství formou vhodného přístupu k vedení dítěte. A to především v rodinném a školním prostředí.

Další výzkum

Pro realizaci užití zjištěných faktorů v praxi by byly vhodné další výzkumy, které by zahrnovaly rozsáhlejší výzkumný vzorek. Jako zajímavé a podstatné se nám jeví dále a hlouběji zkoumat účinnost podpůrných faktorů. Především roli zdravotních (psychiatrických) sester při hospitalizační léčbě. Zabývat se jejich vlivem na motivaci v léčbě, a s tím spojené ochotě spolupracovat, a také jejich vlivem na sebehodnocení pacientů. Dále považujeme za přínosné zkoumat účinnost alternativních přístupů v léčbě.

Zejména vlivu intuitivního stravování na četnost epizod MB a ZP. Jako potenciálně přínosné taktéž vnímáme zaměřit se na výzkum přínosu jógové praxe, včetně meditativních technik a mindfulness. Zajímavým se také jeví zabývat se zisky aktivit osobního rozvoje v souvislosti se zisky onemocnění.

9 ZÁVĚRY

Výsledky výzkumu nám umožnily blíže poznat, co lidem se zkušeností s onemocněním PPP v léčbě pomáhalo, a co jim naopak uzdravení ztěžovalo. Zjistili jsme, co participanti považovali za podpůrné a ztěžující v rámci odborné a neodborné péče a vlastní aktivity. Dále jsme zjistili, které podpůrné faktory účastníci vnímali v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti k léčbě, jaké faktory onemocnění jsou v léčbě ztěžující, a co vnímali jako příčiny relapsů. V neposlední řadě jsme získali povědomí o pocíťovaných potřebách v léčbě. Mimo výzkumné otázky náš výzkum potvrdil dosavadní vědění o léčbě PPP. Tedy to, že jsou PPP déletrvajícím a fluktuujícím onemocněním, ve kterém se vyskytují relapsy. Také upozornil na bagatelizaci ZP a MB ve srovnání s MA. Dále uvádíme souhrn faktorů v rámci výzkumných otázek:

- **Podpůrné a ztěžující faktory odborné péče**

Podpůrné: poskytovatel psychologické péče (psycholog, psychiatr), nedirektivní přístup (přístup zaměřený na člověka), psychoedukace, samotný pobyt na psychiatrii, podpora zdravotních sester, podpůrné terapie při hospitalizaci.

Ztěžující: poskytovatel psychologické péče (psycholog, psychiatr), poskytovatelé zdravotní péče (dětský pediatr, jiný lékař), direktivní a bagatelizující přístup.

- **Podpůrné a ztěžující faktory neodborné péče**

Podpůrné: rodina, přátelé, spolužáci, partner (přítel, manžel), nedirektivní přístup, nestigmatizující přístup, komplimenty, ostatní pacienti jako zdroj sociální opory.

Ztěžující: rodina, přátelé, spolužáci, partner (přítel, manžel), ostatní lidé, direktivní přístup, stigmatizující přístup, strach, nepochopení, bagatelizace MB a ZP, ostatní pacienti jako zdroj patologického chování, zátěžové situace a období.

- **Podpůrné a ztěžující faktory vlastní aktivity**

Podpůrné: dobrovolnost, alternativní přístupy, pohybové aktivity, aktivity osobního rozvoje, osobní deník, svépomocné manuály, denní režim, snížení nároků na sebe, regulace stresu, příroda, oproštění od problematiky PPP, čas.

Ztěžující: kontakt s problematikou PPP (osobní a neosobní), pozitivní a negativní emoční stavy, přijatý ideál ženy, nepravidelný režim, alternativní styly stravování, absence představy normálního stravování, stud za onemocnění, sebestigmatizace, orientace na výkon, užívání sociálních sítí a téma nevěděly, jak z onemocnění.

- **Podpůrné faktory k uvědomění a dobrovolnosti v léčbě**

Uvědomění: sebereflexe patologického chování, zdravotní následky onemocnění, reakce okolí.

Dobrovolnost: životní událost.

- **Ztěžující faktory onemocnění**

Zisk z onemocnění, strach ze změny, nemoc jako strategie zvládnání zátěže, atraktivita onemocnění, nemoc jako součást, zkreslené představy, srovnávání se.

- **Příčiny relapsů**

Zátěžové období a situace.

- **Potřeby v léčbě**

Potřeba blízké osoby, potřeba informací, čas, nedirektivní přístup.

10 SOUHRN

Diplomová práce se zaměřuje na podpůrné a ztěžující faktory v procesu léčby poruch příjmu potravy z pohledu jedinců se zkušeností s tímto onemocněním. Za cíl jsme si stanovili popsat zkušenost účastníků s odbornou a neodbornou péčí a vlastní aktivitou. Dále také zjistit, jaké jsou ztěžující faktory onemocnění, podpůrné faktory v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě. Zaměřili jsme se také na příčiny relapsů a pocíťované potřeby v léčbě.

Práce vznikla se záměrem přispět ke zkvalitnění odborné a neodborné péče o jedince s PPP, a také s cílem podpory podílení se na léčbě vlastní aktivitou, kterou považujeme za klíčovou. Výsledky práce by autorka ráda využila v rámci podpůrné online skupiny pro osoby s PPP, na jejíž přípravě se v současnosti podílí. Dále také ve své budoucí praxi, ve které by se ráda věnovala lidem s tímto onemocněním.

Práce je rozdělena na dvě hlavní části. První věnujeme teoretickému ukotvení tématu. Představujeme zde vymezení současné problematiky poruch příjmu potravy, možnosti odborné a neodborné intervence, včetně dosavadních výzkumů podpůrných a ztěžujících faktorů v léčbě. Druhá část je věnována metodologickému rámci a prezentaci výsledků výzkumu.

V první kapitole teoretické části podáváme náhled na současnou podobu tohoto psychosomatického onemocnění (Navrátilová & Kalendová, 2019; Papežová, 2012). Zmiňujeme výčet PPP dle DSM-5, mezi které se řadí: pika, ruminační porucha, psychogenní ztráta chuti k jídlu, psychogenní přejídání, mentální anorexie a bulimie, jiná specifikovaná porucha příjmu potravy a jídelního chování a nespecifikovaná porucha příjmu potravy a jídelního chování. Dále uvádíme výčet diagnostických kritérií pro MA, MB a ZP, jejichž výběr je v souladu s diplomovou prací (American Psychiatric Association, 2013). Hovoříme o výskytu onemocnění, které je nejčastější u žen v období dospívání a mladé dospělosti. Současně však upozorňujeme na věkovou, genderovou a etnickou nevyhraněnost současné podoby PPP a v na, posledních několika letech, snižující se věkovou hranici počátku onemocnění a problém oddalování léčby (Krch, 2016; Krch, 2004; ÚZIS, 2018). V této části také zmiňujeme možná přidružená psychiatrická a somatická onemocnění, která se v Evropě vyskytují ve více než 70 % případů a uvádíme riziko častého chronického průběhu

a úmrtnosti (Keski-Rahkonen & Mustelin, 2016; Krch, 2016; Papežová, 2017a). Dále v rámci této kapitoly popisujeme rizikové faktory, jejichž vzájemné působení může přispívat ke vzniku PPP a jejich udržení. Jsou to rodinné, genetické, biologické, sociokulturní, psychologické a emocionální faktory, a také životní události (Navrátilová et al., 2000; Pavlová et al., 2008).

Druhá a třetí kapitola je věnována léčbě PPP. Tu jsme zde uvedli v takovém rozmezí, které je v souladu se snahou o multidisciplinaritu v léčbě PPP. Ve druhé kapitole seznamujeme s cíli léčby. Ve výčtu těch stěžejních uvádíme stabilizaci somatického stavu, nutriční rehabilitaci, normalizaci jídelního chování a psychosociální stabilizaci (Bermudez et al., 2016; Papežová, 2012; Papežová & Novotná, 2010). Také se zabýváme otázkou samotného stavu uzdravení a jeho průběhu, jehož délka se pohybuje v řádu několika let. Stavem uzdravení se rozumí normalizace hmotnosti (MA), stabilizace hmotnosti (MB), zlepšení sebehodnocení, snížení zaujetí svým zevnějškem a jídlem, náprava jídelního chování a osvojení si adaptivnějších způsobů zvládnání stresu (Papežová, 2012; Polanská et al., 2007). Jako nedílnou a klíčovou součást úspěšné léčby udáváme motivaci nemocného k léčbě. Dle Papežové (2012) popisujeme pět stádií motivace, které je vždy nutné v léčbě zohlednit. Jedná se o stádium popření, úvah, přípravy, akce a udržení, včetně relapsu. V poslední části druhé kapitoly se věnujeme prevenci PPP, a to ve všech jejích stupních. Zmiňujeme její žádoucí podobu, která by měla reagovat na intenzivně měnící se socioekonomické podmínky a podoby PPP, na nárůst významu médií a technologií (Gricová & Papežová, 2018; Papežová, 2017b; Švédová & Mičová, 2010).

Ve třetí kapitole vymezujeme možnosti odborné intervence a neodborné pomoci v léčbě PPP. Zabýváme se zde doporučenými postupy odborné intervence, které je vždy žádoucí přizpůsobit aktuálnímu zdravotnímu stavu jedince (Bermudez et al., 2016; Papežová, 2010). Charakterizujeme jednotlivé formy léčby, mezi které patří ambulantní lékařská péče, plná a částečná hospitalizace, denní stacionáře a svépomocné skupiny. V rámci poskytované péče hovoříme o psychoedukaci, poradenství, psychoterapii, farmakoterapii a nutričním poradenství (Garner, 2005; Papežová & Novotná, 2010). Hovoříme také o využití alternativních přístupů v léčbě, jako je jógová praxe, meditace, mindfulness a užívání konopí. Dále také o využití moderních technologií v léčbě jakožto reakci na již zmiňované celospolečenské změny (Papežová & Novotná 2010; Papežová, 2018). Ve druhé části této kapitoly uvádíme možnosti neodborné pomoci, mezi které patří

především sociální opora. Opět dodáváme využití moderních technologií, a to formou online sociálních podpůrných skupin (Buchanan & Coulson, 2007; Krivohlavý, 2001; McCormack & Coulson, 2009).

Ve čtvrté části podáváme dosavadní výzkumy, které přináší poznatky o podpůrných a ztěžujících faktorech v léčbě. A to jak z oblasti odborné, tak neodborné péče, včetně vlastní aktivity.

Cílem diplomové práce bylo zjistit, co lidem se zkušeností s PPP v jejich léčbě pomáhalo a co jim uzdravení naopak ztěžovalo. Dále také to, co ve své léčbě potřebovali. Stanovili jsme si sedm výzkumných otázek. První tři otázky se týkaly podpůrných a ztěžujících faktorů v rámci odborné, neodborné péče a vlastní aktivity. Další otázky byly věnovány podpůrným faktorům v uvědomění onemocnění a dobrovolnosti v léčbě, ztěžujícím faktorům onemocnění, příčinám relapsů a pocíťovaným potřebám v léčbě.

Výzkum jsme provedli pomocí kvalitativní metody IPA. Data byla tvořena prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, které se uskutečňovaly v období od října 2019 do července 2020. Podmínkou zařazení do výzkumného vzorku byla zkušenost s MA, MB nebo ZP, hospitalizace na psychiatrickém oddělení maximálně před 15 lety. Poslední podmínkou byl současný zdravotní stav, který minimálně 2 roky odpovídá fázi udržení (uzdravení). Pro výběr potenciálních zájemců jsme zvolili metodu výběru souboru samovýběrem, a to za využití sociální sítě Facebook. Výzkumný soubor byl tvořen pěti respondenty. Ve všech případech se jednalo o ženy ve věku do třiceti let. Průměrný věk činil 26,4 let. Všechny respondentky měly zkušenost s MA a dále buď s MB nebo ZP. Jedna z nich měla zkušenost s MB i ZP. Průměrná délka léčebného procesu, včetně současnosti (fáze udržení), byla 13,6 let. Jedno interview trvalo v průměru 2 hodiny 42 minut. Všechny rozhovory byly přepsány a analyzovány za využití kvalitativní metody IPA. Provedli jsme analýzu a následnou interpretaci každého z participantů. Začali jsme kazuistickým popisem, na který navazovaly odpovědi strukturované podle jednotlivých výzkumných otázek. Témata každého z participantů jsme dále analyzovali, a poté jsme přešli k odpovědím na výzkumné otázky.

Data byla zabezpečena na osobní přenositelný disk, který nebyl přístupný třetím stranám. Po celou dobu jsme se snažili držet etických zásad. Z legislativní stránky jsme jednali obezřetně, aby nedošlo k poškození a ohrožení účastníků výzkumu. Výzkum

probíhal v souladu se Zákonem č. 101/2000 Sb., o ochraně osobních údajů a o změně některých zákonů.

Z výsledků rozhovorů vyplývá, že v léčbě PPP sehrává roli jak odborná a neodborná péče, tak vlastní aktivita. V rámci odborné péče uváděly respondentky pozitivní zkušenost s poskytovateli psychologické péče, se zdravotními sestrami při hospitalizaci, s nedirektivním přístupem odborníků, psychoeducacemi, podpůrnými terapiemi v rámci hospitalizace a se samotným pobytem na psychiatrii. Jako ztěžující byli vnímáni poskytovatelé zdravotní a psychologické péče, a také nedirektivní a bagatelizující přístup.

Respondentky vnímaly podporu v rodině, partnerech, přátelích a spolužácích. Pomáhal jim jejich nedirektivní a nestigmatizující přístup a komplimenty. Při hospitalizaci na psychiatrii vnímaly také sociální oporu v ostatních pacientech. Participantky uváděly s výše zmiňovanými aktéry sociální opory také negativní zkušenost. Hovořily i o negativní zkušenosti s jinými lidmi. Jako ztěžující chování vnímaly direktivní a stigmatizující přístup, bagatelizaci MB a ZP, a také strach a nepochopení ze strany sociální opory. Při své hospitalizaci na psychiatrii vnímaly jako ztěžující ostatní pacienty, se kterými se vzájemně inspirovaly v patologickém chování.

V rámci vlastních aktivit pomáhaly respondentkám seberozvojové aktivity, osobní deníky, svépomocné manuály, pohybové aktivity, alternativní přístupy, oproštění se od problematiky PPP, denní režim, dobrovolnost, snížení nároků na sebe, regulace stresu, příroda a čas. Jako ztěžující byl vnímán stud, sebestigmatizace, kontakt s problematikou PPP, nepravidelný režim, absence představy normálního stravování, alternativní styly stravování, orientace na výkon, přijatý ideál ženy, pozitivní a negativní emoční stavy, užívání sociálních sítí a také to, že nevěděly jak z onemocnění ven.

V léčebném procesu byly také identifikovány ztěžující faktory onemocnění, které měly vliv na uzdravení se. Participantky v onemocnění udržovaly jeho zisky a atraktivita, dále také strach ze změny, zkrácené představy a užívání nemoci jako strategie zvládnutí zátěže. Jako ztěžující působilo také srovnávání a to, že onemocnění vnímaly jako součást svého života a sebe. Respondentky k uvědomění onemocnění vedla sebereflexe patologického chování, zdravotní následky PPP a reakce okolí. K odhodlání se dobrovolně léčit jim napomohly životních událostech. Po dobu léčby se u respondentek vyskytovaly relapsy, jejichž příčiny jednotně vnímaly v zátěžových situacích a obdobích. Účastnice

hovořily také o tom, že v léčbě potřebovaly blízkou osobu, informace, nedirektivní přístup a čas.

Mimo stanovené výzkumné otázky potvrdil náš výzkum charakter PPP jako déletrvajícího onemocnění se sklony ke chronicitě a výskytem relapsů. Také poukázal na bagatelizaci ZP a MB ve srovnání s MA.

Námi uvedené výsledky se shodují se stávajícími tvrzeními v problematice PPP, které uvádí například Gleissner (2016), Krch & Švédová (2013), Papežová (2010, 2012), Polanská et al., (2007). Dále také s výsledky jiných studií. Například Ali et al., (2016), Dimitropoulos et al., (2015), Linville et al., (2012), Mitchell et al., (2007), Nehybková et al., (2018).

Uvědomujeme si, že ačkoliv jsme se snažili o genderově vyvážený vzorek, do výzkumu se přihlásily respondenti pouze ženského pohlaví. To jsme však, vzhledem k převaze výskytu PPP u žen, očekávali. Také jsme si vědomi toho, že délka námi stanovené hranice dvou let od posledních příznaků onemocnění byla nedostatečná. A to vzhledem k přetrvávajícím příznakům onemocnění PPP u některých účastnic na mentální úrovni a z důvodu jasnějšího zachycení příčin relapsů.

Přínos práce vnímáme pro oblast odborné i neodborné péče, a dále také v podpoře ve vlastní aktivitě. K realizaci užití zjištěných faktorů v praxi by byly vhodné další výzkumy, které by zahrnovaly rozsáhlejší výzkumný vzorek. Jako zajímavé a podstatné se nám především jeví dále a hlouběji zkoumat účinnost podpůrných faktorů v léčbě.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ A LITERATURY

1. American Psychiatric Association (2013). *Diagnostic and statistical manual of mental disorders: DSM-5.— 5th ed.* Arlington, VA: American Psychiatric Publishing.
2. Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2016). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50 (1), 9–21. doi:10.1002/eat.22598
3. Andries, A., Frystyk, J., Flyvbjerg, A., & Støving, R. K. (2013). Dronabinol in severe, enduring anorexia nervosa: A randomized controlled trial. *International Journal of Eating Disorders*, 47 (1), 18–23. doi:10.1002/eat.22173
4. Arora, S., & Bhattacharjee, J. (2008). Modulation of immune responses in stress by Yoga. *International Journal of Yoga*, 1 (2), 45–55. doi: 10.4103/0973-6131.43541
5. Baffsky, R. (2020). Eating disorders in Australia: a commentary on the need to address stigma. *Journal of Eating Disorders*, 8 (1). doi:10.1186/s40337-020-00287-3
6. Bauer, S., & Moessner, M. (2013). Harnessing the power of technology for the treatment and prevention of eating disorders. *International Journal of Eating Disorders*, 46 (5), 508–515. doi:10.1002/eat.22109
7. Baraníková, Z., & Nesrstová, M. (2005). Naše zkušenosti s diagnostikou a léčbou atypických forem mentální anorexie olanzapinem u dětí a adolescentů. *Psychiatrie pro praxi*, 6, 282–284. Získáno 10. února 2020 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2005/06/03.pdf>
8. Bechyňová, B., & Chudobová, P. (nedat.). *Psychoterapie zaměřená na tělo u pacientek s PPP*. Získáno 3. února 2021 z <http://www.bechynova-psycholog.cz/clanky/psychoterapie-zamerena-na-telo-u-pacientek-s-ppp/>
9. Bermudez, O., Devlin, M., Dooley-Hash, S., Guarda, A., Katzman, D., Madden, S., ... Waterhous, T. (2016). *Eating Disorders a Guide to Medical Care*. Získáno 15. prosince 2019 z <https://www.nyeatingdisorders.org/pdf/AED%20Medical%20Management%20Guide%203rd%20Edition.pdf>

10. Bould, H., Koupil, I., Dalman, Ch., DeStavola, B., Lewis, G., & Magnusson, C. (2014). Parental mental illness and eating disorders in offspring. *International Journal of Eating Disorders*, 48 (4), 383–391. doi:10.1002/eat.22325
11. Bruch, H. (1982). Anorexia Nervosa: therapy and theory. *American Journal of Psychiatry*, 139 (12), 1531–1538. doi:10.1176/ajp.139.12.1531
12. Buchanan, H., & Coulson, N. S. (2007). Accessing dental anxiety on-line support groups: An exploratory qualitative study of motives and experiences. *Patient Education and Counseling*, 66 (3), 263–269. doi:10.1016/j.pec.2006.12.011
13. Centrum Anabell (nedat.). *Nabízíme*. Získáno z <http://www.anabell.cz/cz/nabizime>
14. Centrum Anabell & Dove (nedat.). *Sama sebou*. Získáno z <http://www.anabell.cz/ckfinder/userfiles/files/Projekt%20sebed%20C5%AFv%C4%9Bry%20Dove.pdf>
15. Coulson, N. S. (2005). Receiving Social Support Online: An Analysis of a Computer-Mediated Support Group for Individuals Living with Irritable Bowel Syndrome. *CyberPsychology & Behavior*, 8 (6), 580–584. doi:10.1089/cpb.2005.8 .580
16. Cuttler, C., Spradlin, A., & McLaughlin, R. J. (2018). A naturalistic examination of the perceived effects of cannabis on negative affect. *Journal of Affective Disorders*, 235, 198–205. doi:10.1016/j.jad.2018.04.054
17. Čížková, K. (2005). *Tanečně – pohybová terapie*. Praha: Triton.
18. Desikachar K., Bragdon, L., & Bossart, C. (2005). The Yoga of Healing: Exploring Yoga's Holistic Model for Health and Well-being. *International Journal of Yoga therapy*, 15:17–39. doi:10.17761/ijyt.15.1.p501133535230737
19. Dimitropoulos, G., Freeman, V. E., Muskat, S., Domingo, A., & McCallum, L. (2015). You don't have anorexia, you just want to look like a celebrity: perceived stigma in individuals with anorexia nervosa. *Journal of Mental Health*, 25 (1), 47–54. doi:10.3109/09638237.2015.1101422
20. Douglass, L. (2009). Yoga as an Intervention in the Treatment of Eating Disorders: Does it Help? *Eating Disorders*, 17 (2), 126–139. doi:10.1080/10640260802714555
21. Duncan, L., Yilmaz, Z., Gašpar, H., Walters, R., Goldstein, J., Anttila, V., ... Bulik, C. M. (2017). Significant Locus and Metabolic Genetic Correlations Revealed in Genome-Wide Association Study of Anorexia Nervosa. *The American journal of psychiatry*, 174 (9), 850-858. doi:10.1176/appi.ajp.2017.16121402

22. Dvořáková, J. (2007). Arteterapie-sebereflexe prostřednictvím výtvarného projevu. *Česká a slovenská psychiatrie*, 103, 59. Získáno 12. května 2020 z http://cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2007_9_1.pdf
23. Eisler, I. (2005). Rodinná terapie poruch příjmu potravy. In F. D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy* (179-190). Praha: Grada Publishing.
24. Faltus, F. (1979) *Anorexia mentalis: Anorektické syndromy, jejich diagnostika a léčba*. Praha: Avicenum.
25. Faltus, F. (2018). Historie poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (21-27). Praha: Mladá fronta.
26. Faltus, F. (2005). Farmakoterapie poruch příjmu potravy. In F. D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy* (151-158). Praha: Grada Publishing.
27. Ferjenčík, J. (2010). *Úvod do metodologie psychologického výzkumu: jak zkoumat lidskou duši*. Praha: Portál.
28. Garner, D. M. (2005). Přehled léčby poruch příjmu potravy. In F.D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy* (123-132). Praha: Grada Publishing.
29. Gleissner, G. (říjen, 2016). Meditation Helps Eating Disorder Recovery. Získáno z <https://www.psychologytoday.com/us/blog/hope-eating-disorder-recovery/201610/meditation-helps-eating-disorder-recovery>
30. Gowers, S., & Bryant-Waugh, R. (2004). Management of child and adolescent eating disorders: the current evidence base and future directions. *Journal of Child Psychology and Psychiatry*, 45 (1), 63–83. doi:10.1046/j .0021-9630.2003.00309.x
31. Gricová, J., & Papežová, H. (2018). Prevence poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání: Interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (357-372). Praha: Mladá fronta.
32. Hay, P., Dahill, L., Touyz, S., & Morrison, N. (2019). Associations between parental teasing in regards to their child's weight, body and/or shape, and eating problems in adolescents: a systematic review. In Abstracts from the 17th annual conference of the Australia & New Zealand Academy for Eating Disorders. *Journal of Eating Disorders*, 7 (S1). doi:10.1186/s40337-019-0272-0
33. Hendl, J. (2005). *Kvalitativní výzkum základní metody a aplikace*. Praha: Portál.
34. Hoang, U., Goldacre, M., & James, A., (2014). Mortality following hospital discharge with a diagnosis of eating disorder: National record linkage study,

- England, 2001-2009. *International Journal of Eating Disorders*, 47 (5), 507–515.
doi:10.1002/eat.22249
35. Hoeken, D., Burns, J., & Hoek, K. (2016). Epidemiology of eating disorders in Africa. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (6), 372-377.
doi:10.1097/YCO.0000000000000274
36. Chládková, N., & Miovský, M. (2017). Pilotní studie komorbidity poruch příjmu potravy s užíváním návykových látek a možnosti jejího psychologického ovlivnění. *Adiktologie*, 17 (1), 22–32. Získáno 15. března 2020 z [https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/chladkova_cj-1 .pdf](https://www.addictology.cz/wp-content/uploads/2018/10/chladkova_cj-1.pdf)
37. Chvála, V., & Trapková, L. (2014). Je každé setkání s rodinou rodinná terapie? *Psychiatrie pro praxi*, 15 (1): 31–34. Získáno 15. února 2020 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/01/08.pdf>
38. Iles, I. A., Seate, A. A., & Waks, L. (2016). Eating disorder public service announcements. *Health Education*, 116 (5), 476–488. doi:10.1108/he-07-2015-0019
39. Johnson, J., Cohen, P., Kasen, S., & Brook, J. (2002). Childhood Adversities Associated With Risk for Eating Disorders or Weight Problems During Adolescence or Early Adulthood. *The American Journal of Psychiatry*, 159 (3), 394-400. doi:10.1176/appi.ajp.159.3 .394
40. Keski-Rahkonen, A., & Mustelin, L. (2016). Epidemiology of eating disorders in Europe. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (6), 340–345. doi:10.1097/yco.0000000000000278
41. Klementová, J., & Sychrová, M. (2017). *Manuál pro školní metodiky prevence*. Získáno 14. srpna 2020 z https://psych.upol.cz/fileadmin/userdata/FF/katedry/pch/katedra/uredni_deska/5.Aktualizovany_Manual-pro-psani-BP-a-DP_2019.pdf
42. Kocourková J., & Koutek J. (2014). Suicidální chování a sebepoškozování u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 15 (2): 55-57. Získáno 15. března 2020 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2014/02/02.pdf>
43. Kostínková, J., & Čermák, I. (2013). *Kvalitativní analýza textů: čtyři přístupy*. Brno: MUNI Press.
44. Krch, F.D. (2005). Etiologie a komorbidita. In F. D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy* (151-158). Praha: Grada Publishing.
45. Krch, F.D. (2005). Mění se syndrom-nové požadavky na terapii. In F. D. Krch (Ed.), *Poruchy příjmu potravy* (210-214). Praha: Grada Publishing.
46. Krch, F. D. (2002). *Mentální anorexie*. Praha: Portál.

47. Krch, F. D. (2008). *Bulimie – Jak bojovat s přejídáním*. (3. vyd.). Praha: Grada Publishing.
48. Krch, F. D. (2016). Poruchy příjmu potravy. *Pediatric pro praxi*, 17 (4): 238-239. Získáno 26.března 2020
z <https://www.pediatricpropraxi.cz/pdfs/ped/2016/04/09.pdf>
49. Krch, F. D. (2004). Poruchy příjmu potravy – rizikové faktory. *Psychiatrie pro praxi*, 1: 14-16. Získáno 3. ledna 2020
z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2004/01/04.pdf>
50. Krch, F. D. (2007). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 4 (10): 420–422. Získáno 15.ledna 2020
z <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2007/10/08.pdf>
51. Krch, F. D. (2013). Historie a výskyt poruch příjmu potravy, etiologie, prevalence, incidence. In F.D. Krch & J. Švédová (Eds.), *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy* (10-11). Brno: Občanské sdružení Anabell.
52. Krch, F. D. (2013). Etiologie – biopsychosociální koncept nemoci. In F.D. Krch & J. Švédová (Eds.), *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy* (12-13). Získáno 12. března 2020
z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf
53. Krch, F. D. (2013). Práce s nemotivovaným, nespolupracujícím nemocným. In F.D. Krch & J. Švédová (Eds.), *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy* (32-33). Získáno 12. března 2020
z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf
54. Krch, F. D. (2013). Navázání kontaktu s rodinou a nejbližším okolím. In F.D. Krch & J. Švédová (Eds.), *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy* (31). Získáno 12. března 2020 z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf
55. Křivohlavý, J. (2001). *Psychologie zdraví*. Praha: Portál.
56. Kviatkovská, K., Albrecht, J., & Papežová, H. (2016). Psychogenní přejídání, současné a alternativní možnosti terapie. *Česká a Slovenská Psychiatrie*, 112 (6), 275–279. Získáno 5. května 2020
z <https://eds.a.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=afe13ee0-1eed-4a8e-81af-157cf60263b5%40sessionmgr4006>

57. Leonidas, C., & Santos, M. (2014). Social support networks and eating disorders: an integrative review of the literature. *Neuropsychiatric Disease and Treatment*, 9(15). doi:10.2147/ndts.60735
58. Limbert, C. (2010). Perceptions of Social Support and Eating Disorder Characteristics. *Health Care for Women International*, 31 (2), 170–178. doi:10.1080/07399330902893846
59. Linville, D., Brown, T., Sturm, K., & McDougal, T. (2012). Eating Disorders and Social Support: Perspectives of Recovered Individuals. *Eating Disorders*, 20 (3), 216–231. doi:10.1080/10640266.2012.668480
60. Marcos, Y. Q., & Cantero, M. C. T. (2009). Assessment of Social Support Dimensions in Patients with Eating Disorders. *The Spanish Journal of Psychology*, 12 (01), 226–235. doi:10.1017/s1138741600001633
61. McCormack, A., & Coulson, N. S. (2009). Individuals with eating disorders and the use of online support groups as a form of social support. *Cyberpsychology: Journal of Psychosocial Research on Cyberspace*, 3(2), Získáno 3. března 2020 z <https://cyberpsychology.eu/article/view/4228/3271>
62. Mehl, A., & Žuchová, S. (2009). Na tělo orientované přístupy v terapii u hospitalizovaných pacientů s poruchou příjmu potravy. In VII. Mezioborová konference o poruchách příjmu potravy a obezitě s mezinárodní účastí, (13-15). Získáno 13. března 2020 z <https://docplayer.cz/1461043-Psychiatrie-pro-praxi.html>
63. Meno, C. A., Hannum, J. W., Espelage, D. E., & Low, K. S. D. (2008). Familial and individual variables as predictors of dieting concerns and binge eating in college females. *Science Direct*, 9 (1), 0–101. doi:10.1016/j.eatbeh.2007.06.002
64. Miovský, M. (2006). *Kvalitativní přístup a metody v psychologickém výzkumu*. Praha: Grada Publishing.
65. Miovský, M. (2010). Základní pojetí a cíle programů primární prevence rizikového chování. In M. Miovský, L. Skácelová, J. Zapletalová, & P. Novák (Eds.), *Primární prevence rizikového chování ve školství* (23-29). Získáno 3. března 2020 z <https://www.adiktologie.cz/file/327/pprchs-high.pdf>
66. Miovský, M. (2015). The Development of the National System of School-based Prevention of Risk Behaviour in the Czech Republic: Reflections on the outcomes of a 15-year process [Vývoj národního systému školské prevence rizikového chování v České republice: reflexe výsledků 15letého procesu tvorby]. *Adiktologie*, 15 (1),

- 62–87. Získáno 15. prosince 2019 z [http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2015_S_Mioovsky_Vyvoj-narodniho-systemu-1 .pdf](http://199757.w57.wedos.ws/wp-content/uploads/2018/09/2015_S_Mioovsky_Vyvoj-narodniho-systemu-1.pdf)
67. Mitchell, K. S., Mazzeo, S. E., Rausch, S. M., & Cooke, K. L. (2007). Innovative interventions for disordered eating: Evaluating dissonance-based and yoga interventions. *International Journal of Eating Disorders*, 40 (2), 120–128. doi:10.1002/eat.20282
68. Navrátilová, M., & Češková, E., Sobotka, L. (2000). *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf.
69. Navrátilová, M., & Kalendová, M. (2019). Poruchy příjmu potravy-mentální anorexie a bulimie, nejzávažnější somatické a metabolické komplikace. Způsoby realimentace Shrnutí 30leté praxe z metabolického pohledu internisty. *Czechoslovak Pediatrics/Cesko-Slovenska Pediatrie*, 74 (5): 290–300. Získáno 15. března 2020 z <https://eds.b.ebscohost.com/eds/pdfviewer/pdfviewer?vid=1&sid=fe51786f-2cac-4426-90c2-cbfb06a690f4%40pdc-v-sessmgr01>
70. Nehybková, E., Šmahelová, M., Čevelíček, M., Šmahel, D., Drtilová, H., & Macháčková, H. (2018). *Digitální technologie a poruchy příjmu potravy*. Získáno 7. prosince 2019 z https://www.researchgate.net/publication/329208927_Digitalni_technologie_a_poruchy_prijmu_potravy_Digital_Technologies_and_Eating_Disorders
71. Němečková, P. (2011). Poruchy příjmu potravy. *Medicína pro praxi*, 8 (11): 459–462. Získáno 15. února 2020 z <https://www.medicinapropraxi.cz/pdfs/med/2011/11/04.pdf>
72. Novák, M. (2010). *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. Brno: Cerm.
73. O'Hara, S. K., & Smith, K. C. (2007). Presentation of eating disorders in the news media: What are the implications for patient diagnosis and treatment? *Patient Education and Counseling*, 68 (1), 43–51. doi:10.1016/j.pec.2007.04.006
74. Papežová, H., & Hanusová, J. (2012). *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. Získáno 5. března 2020 z <https://www.adiktologie.cz/file/358/poruchy-prijmu-potravy-web.pdf>
75. Papežová, H. (2018). Poradenské a léčebné programy pro poruchy příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled*. (432-478). Praha: Mladá fronta.

76. Papežová, H. (2018). Porucha vnímání vlastního těla a hyperaktivita u poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (489-492). Praha: Mladá fronta.
77. Papežová, H. (2018). Farmakoterapie poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (509-521). Praha: Mladá fronta.
78. Papežová, H. (2010). Nové terapeutické přístupy na 3. mezinárodní a mezioborové konferenci o poruchách příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 4: 177-178. Získáno 15. února 2020 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2001/04/09.pdf>
79. Papežová, H. (2010). Diagnostika poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy* (126-132). Praha: Grada Publishing.
80. Papežová, H. (2010). Porucha vnímání vlastního těla a hyperaktivita. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy* (359-372). Praha: Grada Publishing.
81. Papežová, H. (2010). Základní poradenství a komunikace v obtížných situacích. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy* (316-326). Praha: Grada Publishing.
82. Pavlová, B. (2010). Psychosociální rizikové faktory u poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy* (36-49). Praha: Grada Publishing.
83. Papežová, H., & Novotná, P. (2010). Léčebné programy pro poruchy příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy* (288-307). Praha: Grada Publishing.
84. Papežová, H., Tomanová, J., & Pelková, L. (2010). Rodinná a vícerodinná terapie a poradenství. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy* (351-357). Praha: Grada Publishing.
85. Papežová, H., Uher, R., & Soukup, J. (2010). Motivační rozhovory a odvozené postupy u poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Spektrum poruch příjmu potravy* (327-338). Praha: Grada Publishing.
86. Papežová, H. (2012). *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!* Praha: Psychiatrické centrum.
87. Papežová, H., Kocourková, J., & Koutek, J. (červen, 2018). *Doporučené postupy psychiatrické péče*. Získáno z <https://postupy-pece.psychiatrie.cz/specialni-psychiatrie/f5-poruchy-prijmu-potravy/poruchy-prijmu-potravy>

88. Papežová, H. (2017a). Patří poruchy příjmu potravy do reformy psychiatrické péče? *Česká a slovenská psychiatrie*, 113 (2): 49-50. Získáno 2. března 2020 z <http://www.cspsychiatr.cz/detail.php?stat=1145>
89. Papežová, H. (2017b). Prevence poruch příjmu potravy. *Časopis lékařů českých*, 156, 68-73. Získáno 3. ledna 2020 z <https://www.prolekare.cz/casopisy/casopis-lekaru-ceskych/2017-2/download?hl=cs>
90. Papežová, H. (2015). Poruchy příjmu potravy, vývoj epidemiologie, výzkumu a terapie. Co očekáváme od reformy psychiatrické péče. *Česká a Slovenská psychiatrie*, 111 (1): 5-6. Získáno 2. března 2020 z http://www.cspsychiatr.cz/dwnld/CSP_2015_1_5_6.pdf
91. Papežová, H., & Uher, R. (2002). Motivační terapie u poruch příjmu potravy II. Klinické úkazy a nástroje. *Česká a slovenská psychiatrie*, 28-32. Získáno 10. února 2020 z <http://motivacnirozhovory.cz/Papezova%20MT%20u%20PPP2.doc>
92. Pavlová, B., Uher, R., & Papežová, H. (2008). It would not have happened to me at home: qualitative exploration of sojourns abroad and eating disorders in young Czech women. *European Eating Disorders Review*, 16 (3), 207–214. doi:10.1002/erv.819
93. Pavlová, B., Uher, R., Dragomirecká, E., & Papežová, H. (2009). Trends in hospital admissions for eating disorders in a country undergoing a socio-cultural transition, the Czech Republic 1981–2005. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 45 (5), 541–550. doi:10.1007/s00127-009-0092-7
94. Payneová, H. (2011). *Kreativní pohyb a tanec ve výchově, sociální práci a klinické praxi*. (2. vyd.). Praha: Portál.
95. Pietkiewicz, I., & Smith, J. (2014). A practical guide to using Interpretive phenomenological analysis in qualitative research psychology. *Czasopismo Psychologiczne-Psychological Journal*, 20, 7–14, doi: 10.14691/CP PJ.20.1.7
96. Polanská, M., Sladká Ševčíková, J., & Švédová, J. (2007). *Prevence relapsu poruch příjmu potravy*. Získáno 3. února 2021 z http://www.anabell.cz/images/obr/1402313751_prevence.pdf
97. Probst, M., Vandereycken, W., Van Coppenolle, H., & Pieters, G. (1999). Body experience in eating disorders before and after treatment: a follow-up study. *European Psychiatry*, 14 (6), 333–340. doi:10.1016/s0924-9338 (99)00159-5

98. Procházková, L. (2011). *Základní metodika – Podpora pedagogům pro výuku v předmětech Člověk a zdraví a Výchova ke zdraví*. Získáno 2. května 2020 z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/zakladni-metodika.pdf
99. Procházková, L., & Sladká Ševčíková, J. (2017). *Poruchy příjmu potravy: odpovědi na otázky, na které jste se báli zeptat*. Praha: Pasparta.
100. Rosado, J. (leden, 2019). *Medical Marijuana as a Mood Stimulant in Patients with anorexia nervosa*. Získáno z <https://www.marijuanadoctors.com/resources/ailment-resources/medical-marijuana-mood-stimulant-patients-anorexia-nervosa/>
101. Rosado, J. (leden, 2020a). *Can Medical Marijuana Be Used as Appetite Stimulant in Patients With Anorexia Nervosa?* Získáno z <https://www.marijuanadoctors.com/resources/ailment-resources/can-medical-marijuana-used-appetite-stimulant-patients-anorexia-nervosa/>
102. Rosado, J. (červen, 2020b). *Marijuana and Anorexia nervosa*. Získáno z <https://www.marijuanadoctors.com/conditions/anorexia/>
103. Shonin, E., Van Gordon, W., & Griffiths, M. D. (2014). Current trends in mindfulness and mental health. *International Journal of Mental Health and Addiction*, 12: 113-115. doi: 10.1007/s11469-014-9493-2
104. Smolík, P. (2002). *Duševní a behaviorální poruchy: průvodce klasifikací, nástinnozologie, diagnostika*. (2.vyd.). Praha: Maxdorf.
105. Solenberger, S. E. (2001). Exercise and eating disorders: a 3-year inpatient hospital record analysis. *Eating Behaviors*, 2 (2), 151–168. doi:10.1016/s1471-0153(01)00026-5
106. Soukup, J. (2018). Motivační rozhovory v léčbě poruch příjmu potravy. In H. Papežová (Ed.), *Anorexie, bulimie a psychogenní přejídání. Interdisciplinární a transdiagnostický pohled* (383-398). Praha: Mladá fronta.
107. Starostková, D. (2018). *Metodika multidisciplinární spolupráce*. (2. vyd.). Získáno 15. března 2020 z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/Methodika_multidisciplinari_spoluprace.pdf
108. Stárková, L. (2003). Poruchy příjmu potravy – možnosti a meze pediatrické intervence. *Pediatric pro praxi*, 5: 259-263. Získáno 15. ledna 2020 z <https://www.solen.cz/pdfs/ped/2003/05/06.pdf>

109. Stárková, L. (2009). Riziko smrti a zákeřných komplikací u poruch příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 10 (5): 299-304. Získáno 15. ledna 2020 z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2009/03/02.pdf>
110. Stavarski, D. H., Alexander, R. K., Ortiz, S. N., & Wasser, T. (2018). Exploring Nurses' and Patients' Perceptions of Hope and Hope-Engendering Nurse Interventions in an Eating Disorder Facility: A Descriptive Cross-sectional Study. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 26: 29-38. doi:10.1111/jpm.12507
111. Sun, S., He, J., Fan, X., Chen, Y., & Lu, X. (2019). Chinese media coverage of eating disorders: Disorder representations and patient profiles. *International Journal of Eating Disorders*, 1-10. doi:10.1002/eat.23154
112. Šmahel, D. (2004). Co dělají čeští dospívající na internetu. *Psychologie dnes*, 10 (7), 32-34. Získáno 14. prosince 2019 z <https://nakladatelstvi.portal.cz/casopisy/informatorium-3-8/82680/co-delaji-cesti-dospivajici-na-internetu>
113. Šmahel, D. (2018). Poruchy příjmu potravy: internet je dvousečná zbraň, může pomoci i ublížit. Získáno 10. února 2020 z https://www.muni.cz/media/3114468/tz_web-a_poruchy-prijmu-potravy_fin.pdf
114. Švédová, J., & Mičová, L. (2010). *Poruchy příjmu potravy: manuál pro pedagogy*. Získáno 6. března 2020 z http://www.anabell.cz/images/obr/1404371833_manualproopedagogy.pdf
115. Švédová, J. (2019). *Co pro sebe mohu udělat při uzdravování z poruch příjmu potravy*. (2. vyd.). Získáno 3. září 2020 z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/co_pro_sebe_mohu_udelat_brozura_komplet.pdf
116. Švédová, J. (2013). Teorie práce s klientem. In F.D. Krch & J. Švédová (Eds.), *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy* (20-28). Získáno 12. března 2020 z http://knihovna.anabell.cz/components/com_jshopping/files/demo_products/prirucka-pro-zdravotniky.pdf
117. Tomanová, J., & Papežová, H. (2006). Vícerodinná terapie pacientek trpících mentální anorexií v Centru pro léčbu poruch příjmu potravy. *Česká a slovenská psychiatrie*, 358-362. Získáno 8. června 2020 z http://www.cspychiatr.cz/dwnld/CSP_2006_7_358_362.pdf

- 118.Theiner, P. (2011). Léčba deprese u pacientů s poruchou příjmu potravy. *Psychiatrie pro praxi*, 12 (3): 105-107. Získáno 3. března 2020
z <https://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2011/03/05.pdf>
- 119.Thomas J. J., Lee, S., & Becker, A. E. (2016). Updates in the epidemiology of eating disorders in Asia and the Pacific. *Current Opinion in Psychiatry*, 29 (6), 354-62. doi:10.1097/YCO.0000000000000288
- 120.Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR. (2018). *Péče o pacienty s poruchami příjmu potravy v ČR v letech 2011-2017*.
Získané z https://www.uzis.cz/sites/default/files/knihovna/ai_2018_08_poruchy_prijmu_potravy_2011az2017.pdf
- 121.Vandereycken, W., Depreitere, L., & Probst, M. (1987). Body-Oriented Therapy for Anorexia Nervosa Patients. *American Journal of Psychotherapy*, 41(2), 252–259. doi:10.1176/appi.psychotherapy.1987.41.2.252
- 122.Vanderdeycken, W., & Vanderlinden, J. (1983). Denial of illness and the use of self-reporting measures in anorexia nervosa patients. *International Journal of Eating Disorders*, 2 (4), 101–107. doi:10.1002/1098-108x (198322)2 :4 <101::aid-eat2260020417>3 .0 .co;2 -u
- 123.Vágnerová, M. (2012). *Vývojová psychologie. Dětství a dospívání*. (2. vyd.) Praha: Karolinum.
- 124.Wallin, U., Kronovall, P., & Majewski, M. L. (2000). Body awareness therapy in teenage anorexia nervosa: outcome after 2 years. *European Eating Disorders Review*, 8 (1), 19–30. doi:10.1002/(sici)1099-0968 (200002)8 :1 <19::aid-erv329>3 .0 .co;2 -k
- 125.White, M., & Dorman, M. S. (2001). Receiving social support on-line: implications for health education. *Health Education Research*, 16 (6), 693–707. doi:10.1093/her/16.6 .693
- 126.Woodyard, C. D. (2011). Exploring the therapeutic effects of yoga and its ability to increase quality of life. *International Journal of Yoga*, 4 (2), 49-54. doi:10.4103/0973-6131.85485

PŘÍLOHY

Seznam příloh:

1. Abstrakt diplomové práce
2. Abstract of Thesis
3. Seznam použitých zkratk
4. Vzorový rozhovor – Sára
5. Příklady analýz

Příloha 1 **Abstrakt diplomové práce**

Název práce: Podpůrné a ztěžující faktory v procesu léčby poruch příjmu potravy

Autor práce: Bc. Gréta Pelzová

Vedoucí práce: Mgr. Helena Pipová

Počet stran a znaků: 155 stran, 339 936 znaků

Počet příloh: 5

Počet titulů použité literatury: 126

Abstrakt: V této práci se zaměřujeme na to, co lidé se zkušeností s poruchou příjmu potravy vnímali ve své léčbě jako podpůrné a ztěžující. Dále na příčiny relapsů a potřeby v léčbě. V teoretické části představujeme současnou problematiku PPP, možnosti odborné i neodborné intervence a dosavadní výzkumy. Výzkumný soubor se skládal z pěti respondentů – žen. Data byla získána prostřednictvím polostrukturovaných rozhovorů, k jejichž vyhodnocení byla užitá kvalitativní metoda IPA. Zjistili jsme, že v rámci odborné a neodborné péče nejčastěji podpůrně působili poskytovatelé psychologické péče, zdravotní sestry, přátelé, spolužáci, ostatní pacienti, nedirektivní přístup a podpůrné terapie. Jako ztěžující byli vnímáni poskytovatelé zdravotní péče, rodina, direktivní přístup, zátěžové situace a období. Z vlastních aktivit respondentkám pomáhaly seberozvojové aktivity a psaní deníků. Jako ztěžující byl vnímán stud za nemoc, zisk z onemocnění, srovnávání se a nemoc jako copingová strategie. K dobrovolné léčbě vedly respondentky životní události a nemoc si uvědomily díky sebereflexi nemoci. Účastnice v léčbě potřebovaly blízkou osobu, informace a nedirektivní přístup.

Klíčová slova: podpůrné a ztěžující faktory, poruchy příjmu potravy, odborná a neodborná péče, vlastní aktivita, relaps, potřeby

Příloha 2 **Abstract of Thesis**

Title: The supporting and difficult factors in the process of eating disorders treatment

Author: Bc. Gréta Pelzová

Supervisor: Mgr. Helena Pipová

Number of pages and characters: 155 pages, 339 936 characters

Number of appendices: 5

Number of references: 126

Abstract:

In this thesis we aim on what people with eating disorders perceive as supporting and difficult in their treatment. Also on cause of the relapses and treatment needs. In theoretical part we introduce current problematics of ED options of professional and unprofessional intervention and existing research. Research sample consists of five participants – women. Data was obtained using semi-structured interviews. IPA qualitative method was used to evaluate it. We found out that within professional and unprofessional care were the most supporting providers of psychological care, nurses, friends, schoolmates, other patients, nondirective approach and supporting therapies. As difficult were perceived the providers of healthcare, family, directive approach, difficult situations and times. Also the own activities like self-growth activity or writing diary helped respondents. Shame and profit from the illness, comparing to others and illness as a coping strategy was perceived as difficult. Respondents were lead to the voluntary treatment because of life situations and they realized their illness thanks to self-reflection. In treatment they needed close person, information and nondirective approach.

Keywords: supporting and difficult factors, eating disorders, professional and unprofessional care, own activity, relapse, needs

Příloha 3 **Seznam použitých zkratk**

BAT Body awareness therapy

BOT Body oriented therapy

DSM-5 Diagnostický a statistický manuál

IPT Interpersonální psychoterapie

IPA Interpretativní fenomenologická analýza

KBT Kognitivně behaviorální terapie

MA Mentální anorexie

MB Mentální bulimie

PPP Poruchy příjmu potravy

ÚZIS Ústav zdravotnických informací a statistiky

ZP Záchvatovité přejídání

Příloha 4 **Vzorový rozhovor SÁRA**

G: Sáro, děkuji ještě jednou za tvoji účast na výzkumu. Je tedy v pořádku, že budu nahrávat tento rozhovor? S: Ano. G: Rozhovor je zcela anonymní, pro účely výzkumu změní tvé jméno. S: Dobře.

G: Jak už jsem zmiňovala, jedná se o výzkum zaměřený na podpurné a ztěžující faktory v procesu léčby poruch příjmu potravy. V rozhovoru se budeme tedy bavit o tom, co vnímáš, že ti ve tvé léčbě pomáhalo a co naopak nepomáhalo, jak v rámci odborné a neodborné léčby, tak vlastní aktivity. Taky se budeme bavit o tom, co vnímáš, že ti pomohlo uvědomit si onemocnění a co ti pomohlo k dobrovolné léčbě. V rozhovoru se také zaměříme na tebou vnímané potřeby v léčbě. S: Dobře. G: Pokud by ti bylo něco nejasné, vždy se můžeš zeptat, teď ti je vše jasné, souhlasíš se vším? S: Jojo. G: Skvěle, tak můžeme začít.

G: Na začátek mám pár idiografických otázek. Kolik ti je let? S: 27 let. G: Sáro, jaký je tvůj rodinný stav? S: Tak jsem svobodná, bezdětná a s přítelem (smích). G: V současné době pracuješ, studuješ či obojí? S: Tak obojí, studuju sociální práci na VŠ a pracuju jako asistent pedagoga v MŠ. G: S jakou poruchou příjmu potravy máš zkušenost? S: S mentální anorexií a záchvatovitým přejídáním. G: Sáro, vzpomínáš od kdy ses potýkala s PPP? S: od dvanácti let. G: Dokážeš určit, jak dlouho trval svůj léčebný proces, včetně současnosti, tedy fáze úzdravy? S: Hmm, okolo patnácti let, s tím, že jsem teda tak 4 roky v pohodě. G: Měla jsi při onemocnění PPP ještě jiné, přidružené onemocnění? S: Tak drogy, tam už jsem tak v sedmnácti zkoušela trávu a pak to přešlo k těm tvrdším drogám. G: V období léčby jsi žila, v jakém kraji? D: V Olomouckém.

1. Sáro, chtěla bych tě teď požádat, zda bys mi povyprávěla tvoji zkušenost s poruchami příjmu potravy.

S: Myslím, že v tom nějak nic zvláštního nebylo, prostě sem se chtěla líbit, a tak sem zhubla, v té době sem měla kamarádku, a ta mě přivedla do toho světa anorektiček. Byla pro mě inspirací chtěla sem být, jak ona zkoušela sem si i dávat kartáček do krku, ale to mi nešlo. Takže tak nějak ve 12 sem měla první příznaky anorexie. To sem nebyla spokojená s tím, jak jsem vypadala. Do těch 19 jsem se pak intenzivně přejídala a na VŠ se to zlepšilo. Tam jsem pak měla jiné problémy, jakože s drogama. Já vlastně k přejídání měla sklony od mala. Jídlo bylo u nás způsob vyjadřování lásky. Já sem to přejídání vlastně měla hned po půl roce

jakoby anorexie. Tam jsem už jedla jedno rajče za tři dny, byla sem hysterická, hodně sem zhubla a pak sem přišla jednou dom a našla jsem tam krabici s cukrovím, a z ničeho nic, tak mě prostě přebliklo, tak jsem sežrala celou tu krabici, měla jsem takovej rauš z toho, když jsem se přejedla. Pak se to postupně vkrádalo to přejídání, postupně se to vkrádalo do té anorexie a pak ji převyšovalo, já jsem pak vlastně dost přibrala. Ještě mezi tím jsem byla teda hospitalizovaná v Brně. Byly to myslím Bohunice. To bylo ale hned na začátku anorexie, úplnej začátek. Já jsem se pak vlastně spíš přejídala. Tam to bylo tak, že sem se přejídala a od 19 přešla na tvrdý drogy, to mi vlastně pomohlo ty poruchy potravy dát jinam. V tom sem byla do 23 a pak se ty poruchy úplně v takové míře nevrátily. Přejídala sem se, to jo, ale spíš občas než pravidelně.

2. Sáry, jaká je tvoje zkušenost s léčbou poruch příjmu potravy?

S: Celkově cítím, že léčba byla v mých rukou. Prošla jsem si hospitalizací s PPP a taky pak hospitalizací s drogama a myslím, že k tomu taky dojít nemuselo, jakože k těm drogám. Jsem přesvědčená, že jsem si vždycky nakonec pomohla sama, a ještě i psychiatricka, ke které sem dlouho docházela. Jinak tam nic nebylo.

3. Sáry, jaká je tvoje zkušenost s odbornou léčbou, co vnímáš, že ti v léčbě pomáhalo a co naopak ti ji ztěžovalo? Odbornou léčbou myslím odborníky, které si navštívila s PPP a hospitalizace.

S: Okolo 12 možná spíš 13 sem byla teda na hospitalizaci. Před tím jsem nikde nebyla. Jen pak u dětské doktorky, která mě, našim, doporučila Bohunice. Neměla jsem ještě nějakou výraznou podváhu, tak jsme tam jeli. G: Pamatuješ si tu návštěvu u doktorky? S: Nevím, spíš ne než jo, jen vím, že sem tam seděla a ona se bavila s našima. A ty Bohunice, jak jsi vnímala tu léčbu? Řekla bych, že nedobrovolně, já v tu dobu jsem si tu nemoc tak nějak pro sebe chtěla střežit, nechtěla jsem ať mi jí někdo bere, bylo to něco moje, něco, co mám jen já, v čem mám jistotu, bylo to něco speciálního, ani ve třídě nikdo nic takového neměl. Jako kdybych si koupila novej mobil. Jinak free prostředí, ty lidi mi tam pomáhali, ostatní dětska a sestry. Ty se se mnou bavily dost s úctou, braly to tak, že jsem se ocitla v debilní životní situaci, ani jsem neměla pocit, že jsem na psychině, to bylo dobrý, to jejich chování. G: Vnímáš, že ti ten přístup sester pomáhal? S: Jasně...byla to taková ta opora tam. G: Mluvila jsi o ostatních dětskách na psychiatrii, jak ty jsi vnímala? S: No, kamarádi, sociální opora, nevím (smích). V průběhu dne, docházela jsi na nějaké doplňkové terapie? (např. muzikoterapie, arteterapie, ergoterapie). S: Hm, tak co si pamatuju, tak jsme

vybarvovali mandaly nebo hráli člověče nezlob se. G: Na těch terapiích? S: Jo, arteterapie to byla, myslím. Bylo to fajn, nejsem extra manuálně zručná, nestresovalo mě to, bylo to fajn, ale když bych se na to podívala nějak hodně z hlediska účinnosti, tak spíš metoda odlehčení, než aby to byla prostě terapie. Odpočla sem si. G: Docházela jsi v rámci hospitalizace na individuální terapie? Jo, dvakrát za týden jsem mluvila půl hodiny s psychologem a líbilo se mi to. Nic mi nezakazoval a mluvil se mnou na rovinu, že je to na mě, jak se k sobě chovám, že jestli tak budu pokračovat, tak je to hra na tenkém ledě. G: Jak jsi takový přístup vnímala? S: Ten přístup mi přišel sice fajn, něco mi to dalo v tom, že jsem si řekla, že mě berou tak, že já to můžu jen ovlivnit, nenutili mě, ale nemůžu říct, že by mě to odradilo úplně, v něčem mi to ale pomohlo. G: Docházela jsi po hospitalizaci k nějakému odborníkovi? S: V těch třinácti nějak tak, představa, že mám jít někam k psychologovi, to bylo pro mě, jak kdybych měla jít přebírat cenu gramy. Jak z nějakýho filmu. (smích). Nechtěla jsem se tím nějak chlubit, na jednu stranu jsem byla ráda, že lidi vidí, že jsem hubená, na druhou stranu jsem se za to styděla, vnímala jsem ty pohledy a někdy komentáře od spolužáků. Dojebávaly mě ty jejich připomínky k tomu, že mluvím o jídle, hubnutí a tak. I na střední, a to mě pak vedlo k těm drogám, to doma a ve škole ty drogy byly pak pro mě silný moment úniku. G: Dokážeš určit, proč ses styděla za své onemocnění? S: Protože to lidi hodnotili jako nenormální, mně se líbil spolužák ve třídě a možná byl jeden z motivů, proč jsem hubla, protože jsem se mu chtěla líbit a on prostě říkal, že jsem bláznivá. G: Jak ses cítila, když to takto ten spolužák říkal? S: měla jsem takovej mechanismus, zasmála jsem se a dělala, že je to k smíchu, ale byla jsem z toho špatná, to mě začalo utvrzovat v tom, že jsem divná. A také jsem v těch třinácti či nějak tak nechtěla jít k psychologovi nebo někam jinam, nebyla jsem ještě vychrtlá a nepřišlo mi, že tak vypadám, jakože anorektička. Styděla jsem se za to, že bych někam měla jít s tím, že mám anorexii, a přitom nejsem vyhublá. To si myslím, že mi nepomohlo, takový to, jak si myslíte, že musíte vypadat nějak, aby si lidi mysleli, že jste opravdu nemocní. No, a až v 17 sem kontaktovala paní psychiatricku, o které mi říkala kamarádka, která mě učila být anorektičkou. Byl to pro mě obrovský zážitek, v tom pozitivním slova smyslu. Byla jsem s ní spokojená. Cítila jsem, že bych mohla být osvobozená, a tak jsem to zkusila. G: Vzpomínáš si na přístup paní psycholožky? S: Byla to psychiatricka s KBT, ne psycholožka. Moc mi pomáhala, byla skvělá. Na paní psycholožce se mi velmi líbilo, jak byla kompetentní. Líbilo se mi, že je silná a dokáže pomáhat lidem. Byla racionální a strukturovaná, důrazná. Ale i v této důraznosti mě dokázala obejmout. Měla hodně z mého

otce, který mi v životě hranice nastavoval až moc přísně, příkazy a zákazy, jako kdyby mi nevěřil, pořád mě vyslychal. Ona mi je nastavila, nastavila mi ty hranice, ale i s důvěrou ke mně, teda tak jsem to cítila, což mi pomáhalo. A pomohla mi se překlenout přes to moje dospívání a postavit se tomu dospělému životu, získat za něj zodpovědnost. Dokázala zůstat empatická. Zkombinovala v sobě kvality rodičů, které mi chyběly. Dokázala ve mně vytvořit pocit, že jsme dospělá, kompetentní osoba, které se dá věřit, se kterou se dá bavit o chytrých věcech. Často jsme se bavily o věcech, které mě zajímají, a které jsem v tu dobu studovala. To mi pomáhalo se cítit vedle ní důležitá, plnohodnotná, taková rovnocenná. Neřešily jsme prostě přímo ten problém. A pro mě to bylo super povzbuzení, že mě vnímá jako dospělého a kompetentního člověka, který je za sebe zodpovědný. G: Chápu dobře, že tím, že tě vlastně vnímala jako tu kompetentní, zodpovědnou, dospělou osobu, tak ty ses pak vlastně i tak cítila? Jakože si říkala, že v tobě dokázala vzbudit pocit toho, že jsi dospělá, kompetentní, dá se ti věřit? S: Jo, přesně tak, Gréti. G: A to ti teda pomáhalo? S: Jo, i to, že mě pak podporovala dál i skrze emaily při hospitalizaci, když jsem byla pak hospitalizovaná s psychózou pro užívání drog, to mi hodně pomohlo. Vnímám ji jako jednu z nejdůležitějších postav a podpor ve svém životě. U ní jsem si uvědomila, že mám dost zkreslenou představu o svém těle. G: Pamatuješ si, co ti pomohlo k tomu uvědomění? G: Pomohla mi technika, kdy mě vyfotila a pak to upravovala v PC. Udělala mě tam tlustější a ptala se mě, jak si myslím, že vypadám, a jak si přeji abych vypadala. Tam jsem dokonce byla ještě tlustší, než ve skutečnosti jsem. Jasně, že jsem tomu hned úplně nevěřila, ale byl to pro mě takový ten důkaz toho, že na tom možná něco bude. Hlavně, jak už jsem říkala, ona to dokázala podat takovou tou dospělou formou dospělému člověku. Nevnucovala mi, že tak vypadám a nesnažila se mě přesvědčit, ale nabídla mi ten pohled toho, že tak vypadám. To mi pomohlo v tom, nad tím alespoň pouvažovat. G: Chodila si ještě k někomu v rámci odborné pomoci? – (například Centrum Anabell, Ambulantní léčba, Nutriční terapie)? S: Já ani nevěděla, že Anabell existuje. A jinak nic. G: Dobře, dobře. Děkuji.

4. Sáry, jaká je tvoje zkušenost s neodbornou léčbou, co vnímáš, že ti v léčbě pomáhalo a co naopak ti ji ztěžovalo? Neodbornou léčbou myslím tvé sociální okolí, ale také tvoji svépomoc, vlastní aktivitu.

S: Tak v době, kdy sem se nechtěla úplně tak léčit, to bylo tak od dvanácti do šestnácti, tak rodiče do mě docela dost hustili, nutili mě a přemlouvali. Nutili mě se pořád vážit, říkali mi, že když budu vážit ještě o jedno kg míň, že to budou řešit s psychologem.

Můj táta po mně hodně řval. Řval jako na tu nemoc, ale řval na mě. Bylo mi to dost nepříjemné, to jejich chování. Dělal mi to strach a vztek, že mě chtějí vzít tu moji svobodu, to moje. Ve své rodině jsem neměla moc důvěru a myslela jsem si, že jejich rozhodnutí nejsou moc dobré. Když mi říkali, že bych měla jíst, nějak jsem to právě nebrala v potaz. Měla jsem na ně tak vztek, že mi zasahují do mých věcí, mého osobního prostoru. Mně se to hubnutí líbilo, bavilo mě to, cítila jsem se dobře, takže to ve mně, to jejich chování, vytvářelo ten vztek. G: Chápu dobře, že se ti ta nemoc teda líbila? S: Jo, ta nemoc, to bylo mé tajemství, něco mého, co se mi líbilo. G: Vzpomínáš si ještě na další přístup tvého okolí? S: Taky vím, že moje mamka hodně brečela, a byla smutná, zaujímal takovej emocionálně vyděračskej způsob. G: Jak si to můžu představit ten emocionálně vyděračský způsob? S: Tak, bylo to tak, že máma brečela a táta za mnou chodil a říkal mi, že máma brečí, mě to přišlo vlastně stupidní. Mně to přišlo bezpředmětný, když mi to říkal. To byl pak i hlavní důvod proč se to pak změnilo, že jsem se spíš začala přejídat, spíš, že jsem vůbec začala jíst. G: Chápu dobře, že mamka byla ta motivace začít jíst? S: Mně bylo mamky hrozně líto, že je smutná, to byla pak moje velká motivace se pak vyléčit. Nechtěla jsem jí přidělovat starosti. G: Ještě se zeptám, ty si už říkala, že ti chování rodičů způsobovalo strach a vztek, vzpomeneš si třeba, jak si na to jejich chování přímo reagovala? S: To chování, ten nátlak rodičů mě ještě víc motivovali k tomu, abych k psychologovi třeba nešla a libovala si v nemoci. Táta mi chtěl pomoc, že na mě řval ty chceš jako zdechnout, chceš vyhladovět k smrti? (smích) to tady budu žít s nějakou kostrou nebo co? G: Jaký to pro tebe bylo, když ti to takhle táta říkal? S: Ještě víc jsem se pak vnitřně zatvrzovala, vše jsem mu odkývala, třeba jsem i naslibovala, že budu jíst, ale myslela jsem si svoje a dál si jela ve svém hubnoucím plánu. Obecně to chování rodičů mě ještě víc posunovalo do té nemoci, to jsem měla ten strach a vztek. Bylo to pro mě jak, kdyby mi zakazovali se stýkat s nejlepší kamarádkou, stejnej pocit naštvání. Ale pravda zas je, že kdyby tam nebyla ta máma a táta, kteří to, co dělám, vnímali tak negativně, tak já to třeba nevidím, a nikdy bych jíst nezačala. Můžu právě zas říct, že ta léčba byla celou dobu jakoby v mých rukou, oni mi sice vyhrožovali a nutili mě a dlouhosáhle se mnou mluvili a přemlouvali, vlastně mi ale ukazovali, že to není normální, že musím přibrat. Ale vždy rozhodnutí o tom, co a jak udělám nechali na mě. A to bylo pro mě důležité. Protože já opravdu věřila, že to, co dělám je pro mě nejlepší. Ono mi to jejich přemlouvání i chvílema jako by pomohlo k tomu si v hlavě uvědomit, že to, co dělám, není třeba normální, a že mají třeba i pravdu, a to mamky trápení mě později vlastně motivovalo k tomu jezení, vlastně přejídání. G: A ona byla pak mamka

teda ráda že jíš. Bylo zjevné, že se přejídáš, nebo jsi to tajila? S: Ono bylo značný, že se přejídám, ona to ale brala jako návrat, to přejídání, návrat, že jim, podstrojoval mi to. A tak mě napadá, jestli to nedělá doteď. Ale každopádně tadle slabá místa hned vystřídal strach z tloustnutí a vrátila jsem se ve své hlavě k jistotě, takže k nejezení. Takže tak. A když jsem pak měla své záchvaty přejídání, tak táta reagoval opět řevem, chápu, že měl strach, ale bylo to pro mě ponižující. Jednou jsem si přinesla domů kluka a on na mě řval, když ten kluk byl vedle v pokoji, něco ve smyslu, že už se to nedá vydržet, jestli se chci přežrat k smrti. G: Dokážeš si vzpomenout, jaké to pro tebe bylo, když takto tat'ka na tebe řval? S: Hodně jsem se styděla, cítila jsem se jako dítě a poníženě. Věděla jsem, že se snažím a zase jsem se zklamala a zklamala jsem ostatní. Bylo to strašné. Ještě více to ve mně vzbudilo to zoufalství a více jsem se ponořila do toho mého přejídání. G: Jen na upřesnění, toto bylo už období tedy přejídání, takže někdy, jak už jsi chodila i k té psychiatrice? S: Jojo. G: A co přátelé a spolužáci, vzpomínáš si na jejich přístup? S: Tak, spolužáci mě vnímali spíš, že jsem divná. A prostě reagovali něco ve smyslu ježiš marja, co zas ta Sára dělá. G: Jak jsi takové chování vnímala? S: Já sem se v tom právě naopak cítila nadřazeně ve vztahu ke spolužákům, protože jsem to byla já, ta, která měla pod kontrolou svoje jídlo a dokázala hubnout. Nemůžu ale říct, že by se na mě dívali s opovržením, spíš jako by nedokázali empaticky zareagovat, že by mi třeba nabídli pomoc. To mi nebylo nějak nepříjemné. Taky si vzpomínám, že ve škole si toho učitelé moc nevšimli. Tam mi právě spíš chybělo to, že za mnou třeba nepřišla ani učitelka a neprojevila zájem o to, zda něco není. G: Mluvila jsi o spolužácích, měla jsi mimo školu další kamarády? S: U přejídání jsem měla kamarádku, se kterou jsme se podporovaly, když jsme se obě hodně přejídaly, bydlely sme v té době spolu. G: Jak jste se podporovaly? S: Hm, my jsme se teda třeba přejedly, ale pomáhalo mi prostě o tom s ní mluvit, vědět, že ona to ví, jaký to je. Protože to má taky. G: Bylo něco, co jsi třeba ještě dělala, co ti pomáhalo v léčbě? S: Přibližně tak v těch 14 letech, tak v té době mi také pomáhalo čtení východní filozofie, taky Osho, meditace a psala jsem si básničky. G: V čem ti to pomáhalo? S: Na nějakou dobu jsem cítila, že díky těmto věcem není ta nemoc nějak důležitá. G: Chápu tedy dobře, že ta nemoc na tu dobu vymizela? S: Spíš, než jakože zmizela, tak jsem jí přestala vnímat, byla tam pořád, ale tydle věci mi pomáhaly jí tolik neprožívat. Dařilo se mi udržet sama sebe nad vzdory okolí. I teď zpětně vnímám, že mi tak vnitřně pomáhaly si uvědomovat nějaké věci. Jakože ten vnitřní klid, cítila jsem duchovno. Bylo to zajímavé. Ale pokud jsem se vrátila zpět do reality a začala myslet na to, co mi je a co dělat, tak jsem byla spíš zmatená, co a jak bych měla dělat a vlastně jsem nevěděla, co dělat, komu se svěřit, co je to správné

a normální stravování. G: Dokážeš říct, jak si to prožívala, to že jsi nevěděla co dělat, komu se svěřit? S: Bylo to na nic, na hovno, člověk tápe a zkouší, co by mohlo jít, ale zároveň má strach, protože neví, co se stane a neví, jestli zrovna tohle je to správné. A když jsem zkusila prostě nějak jíst tak ten strach z toho, že šíleně naberu, to bylo pro mě takové složité, proto jsem raději zabředla zpět do poruch potavy. G: Bylo ještě něco, co ti pomáhalo? S: Pomáhalo mi, když jsem si ještě mohla sama psát do deníčku, něco ve smyslu, zítra už začnu, zítra už to bude lepší, to mě drželo v naději. G: Můžeš mi prosím tě říct, kde jsme teď přibližně časově? S: Tohle bylo už na té střední mezi tím 15. A 16 rokem. S: Taky jsem si půjčovala knížky od Krcha, také nějaké ty příběhy od lidí, co si tím prošli. Ale ty na mě působily negativně. G: Proč negativně? S: Motivovalo mě to, když jsem si vzala jak jim já a jak oni, tak sem viděla, že jím hodně ve srovnání s nimi. Nedokázala jsem se pak vzdát té představy, že musím ještě zhubnout. G: Od toho Krcha, to byly ty knížky spojené s manuálem? S: Myslím, že jo, tak nějak, to mě docela bavilo číst, protože se tam bavilo o věcech, které mám a já si uvědomila, ty jo, to je fakt tak známé a úplně se v tom viděla. V tu chvíli se mi i docela ulevilo. G: V čem? S: Ulevilo se mi v tom, že v tom nejsem jakoby jediná, že se o tom píše a že se to i dá léčit. Na druhou stranu mě přepadl strach a úzkost z představy, že bych to, co doted' dělám a vlastně mi vyhovuje, musím změnit. G: Pamatuješ si z toho manuálu nějaké techniky, co ti třeba pomáhaly? S: No, teď spíš zpětně třeba nepovažuji teda za nejlepší záznam jídla. Protože jsem si jídlo zaznamenávala a prostě, když jsem se přejedla, tak jsem ten sešit roztrhala, dost sem se styděla za to, že bych do toho sešitu měla napsat, co všechno jsem byla schopná sežrat. Nechtěla jsem vidět, že píšu o tom, jak jsem selhala a kdyby si to někdo přečetl, to by bylo ještě horší, ještě víc mě to utvrzovalo v tom nějak se kontrolovat. Bylo ještě něco, díky čemu ses cítila líp či hůř ve vztahu s PPP? Vedle těch knížek mi také pomáhal tanec, tomu se doposud věnuji profesionálně, dokázal mi pomoci fyzicky a na začátku nějaké té vědomé snahy o léčbu hlavně psychicky. Zapomínala jsem u něj na to, co se kolem mě děje. Postupně mi pomohl začít milovat své tělo a uvědomit si, že díky svému tělu mohu dělat tanec, prostě to, co mě naplňuje, co mě vlastně i teď částečně živí. G: A ty knihy a tanec, to bylo až když už si navštívila tu psychiatricku? S: To jsem zkoušela už před tím, než jsem jí navštívila, v těch 17 letech, hm byla skvělá. S: Od těch 17 jsem také experimentovala s marihuanou, ta mi strašně pomohla. Konečně jsem se zbavila tělesných příznaků a úzkosti. Kdykoliv jsem byla mezi lidma, byla jsem v napětí, třásla jsem se a pořád jsem přemýšlela, jestli jsem narovnaná, jak mě vnímají, jestli působím štíhle a jiné věci. Po trávě jsem se uvolnila, dokázala jsem se smát a bavit se

s lidma beze strachu. Tráva mi dělala hodně dobře, teda do té doby, dokud jsem nepřešla v těch 19 na tvrdý drogy (extáze, MDMA, Kokain). a měla psychózu, poté mi tráva už dobře nedělala. Tady jen chci říct, že právě drogy vystřídaly mé problémy s poruchami příjmu potravy. Prostě jsem vystřídala závislosti, jako kdyby mě ta jedna už přestala bavit. G: Dobře, já se ještě zeptám na upřesnění, chápu tedy dobře, že v 17 jsi teda šla k té psychiatrice a tam si pak chodila dál, i po dobu toho problému s drogami. O těch 17 do 19 let měla jsi ještě nějakou zkušenost s odbornou nebo neodbornou léčbou v souvislosti s PPP? S: Odbornou ne, ale četla jsem zase různé ty knihy o PPP, manuály svépomocný, ty mi pomáhaly. Líbilo se mi tam, že někdo popsal, že to prožívá, nebyla jsem na to sama, měla jsem pocit pochopení. Taky sem začala s cvičením, to byla teda taková dvojsečná zbraň, hodně jsem to vnímala jako výdej kalorií, tak mě to bavilo, čím delší trénink, tím víc spálím, často se stalo, že jsem to přepálila, vedlo to k přejezení, byla jsem pak hodně vyčerpaná a tělo si potřebovalo doplnit živiny. Hodně mi taky pomáhalo dodržovat takovou vyváženou bohatou stravu, mám pocit, že když ta strava byla pestrá ani jako jeden extrém ani ne moc zdravý ani ne moc takových těch sladkostí nebo mastných jídel tak o to byly menší ty relapsy, to tělo vnímalo, že bylo vyživený a nepotřebovalo se přejíst. G: Bylo něco, co ti naopak přitěžovalo? S: Myslím, že v tomhle období mě hodně stahovalo, když jsem se vídala s kamarádkama, který byly hodně hubené a já se s něma porovnávala a pak se cítila blbě. Víím, že jsem to tak neměla brát, ale myslím si, že v té době bylo pro mě ideální se s něma neseťkávat, tak jak se neseťkávat s lidma, co poruchy příjmu potravy mají. Bylo to tak lepší, je to jak, když se člověk alkoholik, co se léčí na chvíli neseťká s lidma, co chodí do hospody. Ač je má rád, tak nemá ještě dost sil na to, aby se s nimi setkal a odolával a byl ok. Cítila jsem, že potřebuji čas na to, abych sama sebe vnímala nejdřív líp a pak šla mezi lidi. Tak to bylo pak i po psychóze, kdy jsem se přestala seťkávat lidma. G: Dobře, todle teda bylo přibližně mezi tím 17. A 19. rokem. A poté, to bylo jak? S: No pak od těch 19 let jsem teda tak tři roky hodně experimentovala s drogama, byla jsem s nimi hospitalizovaná na psychiatrii, měla jsem psychózy. V tu dobu jsem poruchy potravy tolik neřešila, ony tam jako by byly u těch drog, prostě jsem v tu dobu moc nejedla, jak to na tvrdších drogách je, vždycky když jsem si dala to éčko, tak jsem zhubla 2 kg, ale nebylo to, jakože abych byla hubená. G: Takže chápu správně, že ty poruchy tam pořád v hlavě byly, ale prostě v tu dobu si je neřešila. S: Ano, pořád to v té hlavě bylo, ale nebylo to to prioritní, ty drogy mi vlastně pomáhaly na to nemyslet, i přes to, že si za to vybíraly svou daň. Upřímně si na to období moc nevzpomínám. Víím, že jsem po poslední psychóze měla nastolený tvrdý režim, který

jsem si nastolila sama za pomoci rodičů. Přestala jsem se scházet s lidmi, kteří mě mohli potencionálně stahovat k drogám. Přestala jsem navštěvovat bary a noční život, nastavila jsem si přísný režim budíček, spánek, jídlo, pohyb. Snažila se dodělat si školu. Bylo to pro mě opravdu těžké a dělala jsem malé kroky, ale cítila jsem velkou podporu rodičů a přátel. To mi pomáhalo a motivovalo mě to, v tu dobu jsem si sáhla na opravdové dno a chtěla jsem se z té situace vyhrabat. G: V čem ti ten režim nastolený pomáhal? Režim mi pomáhal mi dávat jistoty a dokázala jsem tak předpokládat své chování. Vlastně jsem se učila u toho i znovu a lépe jíst. Na drogách jsem spíše nejedla, než jedla, takže jsem se učila lépe jíst a snažila se dohledávat si informace spíše o tom, co pro moje tělo strava znamená a jaké má zdravotní plusy a mínusy. Co musím jíst, abych měla třeba zdravá játra apod. G: Takže chápu správně, že ten řád a ten zájem o stravu ti pomáhaly i v souvislosti s PPP? S: Já myslím, že jo, že sem se tenkrát potřebovala znovu naučit jíst. V té době mi taky pomáhal tanec, který sem postupně do svého života opět zařazovala. G: A ten tanec ti v té době pomáhal ve vztahu k PPP v čem? S: Hlavně se sebeláskou, kterou sem stále neměla, s propojením s vlastním tělem, s hledáním vnitřní harmonie. Taky mi hodně pomohlo naučit se díky meditaci, józe, tanci, relaxacím a takovému tomu soustředění přesměrovat tu pozornost úplně jinam. Postupně jsem se učila směřovat svoji pozornost efektivním způsobem na věci, které mě opravdu baví a naplňují, to mi velmi pomohlo hlavně v tom, že jsem cítila, že i já dokážu dělat pěkné věci a že i já mohu být dobrá. G: A ta jóga, meditace, tanec, to směřování pozornosti jinam, tak to ti pomáhalo v čem, jakože s poruchami potravy i drogama? S: I poruchy, i ty drogy. Já se, prostě hodně věnuji tomu, co mě baví, hodně vnitřnímu duchovnu, meditacím, tanci, zdravému stravování, a to mi pomáhá. G: Dokázala bys říct, v čem ti to pomáhá ve vztahu k poruchám potravy? S: Pomáhá mi to v tom, že sem se začala poznávat a hodně se naučila poslouchat samu sebe. To vnímám třeba hlavně u toho stravování, kdy mám problém dodržovat nějaké zásady stravování, které se tak propagují. Poslouchám spíše sebe, to, co chce mé tělo, co je pro mě příjemné, čím se tělu mohu odvděčit. Protože jsem se prostě začala mít ráda a nechci si ubližovat a chci o sebe pečovat. G: Dobře děkuju.

5. Sáry, co vnímáš, že jsi v léčbě potřebovala?

V ideálním světě, kde by můj otec dokázal projevat city, líbilo by se mi víc, že by řekl, že mě má rád, a že má o mě strach, a je mu líto, co prožívám. Že vidí, jak mi ta nemoc ubližuje. Ale jelikož umí řešit věci jen řevem, tak mi to jeho chování nepřišlo jako úplně

dobřej způsob. To mě ještě víc táhlo k tomu, abych si tu svojí anorexií hlídala a spolčila se s ní. Ale myslím si prostě, že naši dělali to nejlepší, co uměli. Nemůžu zas říct, že by to bylo v jejich případě něco za hranicí, furt mi dávali i v té době dost prostoru pro zachování své autonomie. Naši tu nemoc hodnotili, jakože špatně, ale né úplně jako katastrofu, to mi jako by pomohlo, protože kdyby to zhodnotili hned jako něco příšerného a začali to řešit tak, že mě zamknou do pokoje, tak by to pro mě bylo zničující, protože bych nebyla svobodná a nemohla bych o sobě rozhodovat o tom, co se mnou bude. Neměla bych pocit toho, že oni věří v to, že si myslím, že dělám pro sebe to dobré. G: Takže chápu dobře, že si měla z nich ten pocit toho, že ti věří, že víš, co děláš, že jakoby můžeš o tom i rozhodovat, a to ti pomáhalo? S: Jo no, ono mě to pak samotnou donutilo nad tím přemýšlet. Nad tím, že už mě ty poruchy potravy nebaví. Jakože v budoucnu. G: Sáry, bylo ještě něco, co si v tu dobu potřebovala? S: Myslím, že mi chyběly informace o tom, jak z anorexie ven, nevěděla jsem co dělat, bylo to pro mě někdy zoufalé, taky jsem se nikomu svěřovat úplně nechtěla. Taky si myslím, že mi mohlo pomoci, kdybych netrávila dny na ProAna blozích, kde jsme chytala veškerou inspiraci, taky v časopisech, tam sem zas viděla, jak slavní být štíhlí můžou, vlastně jim nic není, nikdo je nebuzeruje. To mě ještě právě víc potápělo do nemoci. G: Říkáš pro Anablogy, tam ses inspirovala tím, co tam psaly ostatní holky? S: Tak, na těch ProAna blozích, tam sem se inspirovala, jak to teď vidím, jakože zpětně, tak tam jsem vždy četla jen o tom, jak zhubnout a co dělat a tak. Taky bych ještě řekla, že jsem jako by potřebovala vědět, alespoň trochu, že se můžu na někoho obrátit, třeba ve škole anebo někde na internetu. Potřebovala jsem tu blízkou osobu, která by mě, ale brala právě jako Sáru, která má nějaký problém, ale je to pořád ta Sára a to, že se jí něco děje, je vlastně na obtíž i jí. Potřebovala jsem cítit, že v tom nejsem sama a že i přes mé anorektické chování, a tak jsem vnímána jako někdo, kdo je plně zodpovědný za svou nemoc i když je prostě mimo.

6. Sáry, co vnímáš, že ti pomohlo k uvědomění onemocnění?

No, zpočátku, okolo těch 13 a 14 jsem si chvílemi říkala, že mi možná něco je, ale když kamarádka říkala, že chodí k jedné psychologce, která jí pomáhá s nejezením, tak jsem si říkala, že na tom ještě nejsem tak blbě. Myslím si, že nějaký ty kontury toho, co by mi tak mohlo být, takže toho uvědomování byly už v těch 14, ale plně jsem si to uvědomila až okolo těch 17 let, kdy ty projevy byly dost bláznivý. Docela dlouhou dobu jsem se už z toho snažila dostat sama, takže vlastně až v 17 jsem navštívila poprvé psychologku, ale to jsem vlastně už do té doby něco dělala sama, takže je fakt, že jsem si to uvědomovala už o něco dříve.

Asi tak víc od těch 15. Uvědomila jsem si to sama, tím, že jsem si říkala, že to moje chování není asi už nejnormálnější a samozřejmě to, že mě to i omezuje. Tady jsem totiž sklouzla k hroznému přejídání. Procházela jsem si šikanou ve škole a jediné, co mě drželo bylo to přejídání, byla to úleva. Tam mi pomáhalo psaní do deníku. G: Sáry, dokážeš říct, v čem ti to pomáhalo? Bylo to prostě neúnosné, a to psaní do deníku mi pomáhalo si ulevit a vypsát se. Slíbit sama sobě, že to bude dobré a že se zvládnou nepřejíst. Já v té době jsem neměla nějak nikoho, kdo by mi pomohl a všiml si toho, co se děje. Rodiče zase reagovali, tak jak u anorexie, což mě vůbec nepomáhalo. Ještě víc mě to nutilo být v té své jistotě přejídání, kde jsem se jako by schovávala. A nevěděla jsem ani jak začít s tím, abych se nepřejídala, neměla jsem se čeho a koho chytit. Myslela jsem si, že je cesta zase nejíst. Neměla jsem žádnou normální představu o tom, co je správně, jak je to vlastně správně. Vždy jsem vyhledávala v jezení extrém, protože jsem prostě nevěděla, kde je to správné chování. Všude se psalo něco jiného, každý se stravoval jinak, každý pak vypadal jinak, bylo to pro mě hodně zmatené a já si říkala chvílema, že i to mé je jakoby ten životní styl. To mi prostě v tu dobu dost nepomáhalo. A až na vysoké mi došlo, že by bylo fajn začít jíst nějak tak intuitivně, tak nějak pro mě normálně, jak mně je to příjemné. Už vlastně koncem střední a pak na vysoké sem si uvědomila, že bych měla se svým chováním opravdu něco dělat to, že jsem si vytvořila nějaký plán jídla a cvičení, který jsem chtěla opravdu dodržet. Napsala jsem si ho do deníku, ale nebyla jsem toho schopná, to mi přišlo hodně špatné. A největší kroky v léčbě jsem udělala, když zemřela prababička (24), já jsem vnímala, že je to silný okamžik v mém životě, na tom pohřbu jsem si řekla, že je to prostě pro mě natolik výrazný impulz, že se chci změnit, že nebudu fetovat. G: Říkáš fetovat, chápu tedy správně, že to úmrtí prababičky se týkalo spíš těch drog? S: Asi ano, řekla bych že jo, že tohle bylo u toho fetování.

7. Sáry, co ti pomohlo se začít dobrovolně léčit?

S: No, to, že jsem byla už hodně zoufalá. Vlastně to, že jsem už dělala věci, za které jsem se opravdu styděla, jakože mamka nacházela hodně odpadků po jídle, taky mě donutil fakt, že se mamka trápila a já jsem jí nechtěla přidělovat hodně starostí. Vlastně jsem se donutila sama, nějak nic jsme k tomu nepotřebovala. G: A to bylo v období, když jsi šla k té psychiatrice? S: Myslím si, že jsem na to myslela už od 16 intenzivně. Já jsem si furt myslela, že to zvládnou sama,

FÁZE UDRŽENÍ SI ZDRAVÍ (SOUČASNOST)

8. Sáry, co ti pomáhá si udržovat své psychické a fyzické zdraví, v souvislosti s PPP?

Meditace, chodit bosky po trávě, příroda, partner, který mě vždycky uklidní. Říká mi, že jsem hodná, že si mě váží jako člověka, ať se mám ráda. Také mi pomáhá fakt, že se nám zlepšil vztah s rodiči, oni sami se zklidnili, mamka už tolik nepije. Nemusím je tolik řešit, nemusím se tím tolik zabírat. Taky mi pomohlo, že jsem přestala užívat návykové látky, přejídat se, přestala jsem ponocovat, přetěžovat se, dokážu si říct, že práce není tak důležitá, že zdraví je důležitější. Hodně mi pomáhá tanec, kde hodně vypínám hlavu, dostanu se tak do těla, dokážu vnímat sama sebe na jiné úrovni. G: Co ti tanec dává? Skrze něj můžeš rozvíjet svoji představivost, fantazii, inspiraci. Pomáhá mi to přijímat moje tělo s jeho funkčností. V tom tanci si uvědomuji, že to tělo je skvělé. Řekla bych, že jakýkoliv pohyb, který je zaměřený výkonově, tak to tělo znásilňuje na sílu, a to tanec není. Věnuji se těm meditacím, které mi pomáhají. U nich se více uvolním v těle, hodně mě to zajímá. Chodím na zajímavé aktivity, které mě propojily se zajímavými lidmi. Jsou to lidé, kteří mi pomáhají vnímat sebe sama krásně a přijímat se, milovat se bezpodmínečně. Jsou to lidé nevnímající povrchově, jsou hodně přijímající, je pro mě snazší se jim otevřít. Pomáhá mi v životě řád, který jsem do něj zavedla. Hodně se zajímám o rituály, ženství, obecně o spiritualitu, ráda pracuji se svými myšlenkami, se svým vědomím. A ta spiritualita, ta ti pomáhá v čem? Podle mě se mi díky toho změnil obecný pohled na život a interpretaci světa. Netvrdím, že jsme osvícená, ale myslím, že se mi změnila rychlost a způsob náhledu. Uvědomuji si díky tomu, že o sobě negativně uvažovat nemusím. Začala jsem se více starat o to, aby myšlenky byly více laskavé ke mně. V rámci aktivit, které pro lidi (neuvádíme) pořádám mi pomáhá, že tu můžu být pro ostatní a zprostředkovávat jim poznání, kterým jsem prošla. Hodně mi pomohlo dobrovolnictví, kdy jsem si uvědomila, že nejsem sobec. G: V čem cítíš, že ti dobrovolnictví? Prostě u dobrovolničení chci mít vyřešenou sebe a být dobrá v té pomoci druhým, kteří jí potřebují. U toho se prostě nezaobírat svými problémama. Dobrovolnictví mi dává smysl do života. I když mám někdy myšlenky, že život nikam nevede, tak dobrovolnictví mě vždy pomůže si uvědomit, že život je takto v pořádku. G: Říkala jsi, že pořádáš pro lidi aktivity, dokážeš mi říct, v čem ti ty aktivity, co děláš pro lidi pomáhají ve vztahu k PPP? Myslím tím to, že jsi říkala, že lidem zprostředkováváš poznání. S:

Obrovsky mi pomáhá to, že dělám to, k čemu mám opravu předpoklady, a to mě baví nejvíc a lidi to vidí, já to vidím a lidi to cení a není to na základě vzhledu.

9. Vnímáš ve tvém současném životě faktory, které jsou či by mohly být ohrožující pro tvůj současný zdravotní stav?

S: Ne, řekla bych, že ne.

PROBLEMATIKA RELAPSU

10. Sáry, nastaly ve tvém léčebném procesu relapsy. Relapsem myslím navrácení onemocnění po době, kdy jsi nevnímala, neměla příznaky?

S: Ano, hodně často.

11. Dokážeš určit, co jim předcházelo, co je spouštělo?

S: Hodně mě po celou dobu stahovaly emocionální události, ač byly pozitivní nebo negativní, hodně vnímám, že jsem se i třeba na něco hodně zaměřila, a to mě vystreslo. Třeba výkonově, na dosažení nějakého cíle, a pak to napětí skončilo a já se šla přejít. Byl to můj způsob odměny, uvolnění, pohody, ritualizace a oslavy. Taky nenaplněná představa mého plánu, že se nebudu přejídat. Takže jsem snědla o rohlík víc a zbombardovala jsem ledničku. Porušila jsem tím svůj plán. A to bylo hlavně vždy, když jsem se nudila, když jsem byla nešťastná, ale i když jsem byla šťastná. Když jsem někam šla ke kamarádce, ta mi nabídla dortík, a tak jsem si vzala, ale pak jsem přišla dom a sežrala ještě víc. Bylo to hodně spojené s tím, že jsem měla v hlavě nastavené, co je zdravé a co ne. V tomto směru mi hodně pomohlo oprostít se od toho, co společnost nastavuje jako pravidla jídelního chování a prostě začít poslouchat sebe.

12. Co ti napomohlo relapsy překonat?

Hodně ta psycholožka tím svým přístupem. Tím, jak mluvila. Měla jsem pocit, že se z toho nedostanu, že nebudu jíst normálně. A ona mi dala naději, řekla mi, že k ní chodí už dospělé pacientky a že už to nedělají.

LÉČBA VYBRANÝCH PŘÍZNAKŮ PPP

13. Sáry, co vnímáš, že ti pomohlo ve vztahu ke svému tělu, začít ho mít ráda, vnímat jej reálně?

To, že jsem tomu tělu přestala přikládat takovou váhu, co se týče vzhledu a zaměřila jsem se spíš na jeho praktičnost a funkčnost v životě. Třeba u tance. Pomohla mi ta technika upravování fotek, co dělala psycholožka. Pomáhá mi hodně humor, jakože vím, že mám celulitidu, asi to nezlepšíš a prostě si ty kratšase vezmu, páč se nebudu pařit v kalkotech.

14. Sáry, co ti napomáhalo, napomáhá k sebelásce a překonání pocitů méněcennosti?

Tak, řekla bych, že určitě, určitě propojit se s více ženami a vnímat jejich životní příběhy, cítím v tom moudrost, uvědomění si, že ženské tělo dává život dítěti. Ty nedokonalosti jsou pak strašně krásné. Strie se mi vlastně líbí, je to známka ženy. Mám ráda ženské ritualizace, prostě rituály spojené s ženstvím. Určitě mám kolem sebe mnoho žen, které vnímají sílu ženy, která je spojena s plodností. A já si už teďka ani nemyslím, že měřítkem krásy je počet kg, spíše si myslím, že je to náboj, který má žena v sobě.

15. Sáry, co ti pomáhalo s nutkavými pocity k přejídání, s jejich překonáním?

Ze začátku jsem si přelepovala pusu izolepou. Když jsem přišla domů a byla jsem sama, zalepila jsem si ji. G: Dokážeš říct, v čem ti to přelepení pomohlo? S: Pomohlo mi to, protože ten záchvat na přejedení poté přešel. Pak jsem si také začala dělat vizualizace, spíš meditace, co jsem našla na internetu. Bylo to tak, že si máš představit, že se přejídáš, že to jíš, zažít si to přejezení v představě a ta potřeba pak odejde. Párkrát to pomohlo. Řekla bych 60 % mi pomohly drogy, který měly anorektický účinek a já pak vlastně spíše nejedla. Teď když se přejím, tak vím, že je to spíše z nudy. Proto vnímám, že určitě je ještě co zlepšovat. Určitě bych chtěla více uvědoměle jíst, poslouchat více samu sebe. Ale zas na druhou stranu jsem ráda, že tu stranu tolik neřeším a to kolem, protože to prostě беру jako výživu pro tělo. Jako energii. G: Co tě naopak vedlo k záchvatům přejídání? S: Odpírání jídla, tím odpíráním jídla, kdy sem celý den nejedla, tak jsem se pak toužila večer přejest. Přežrala sem se, výčitky nejezení a zase přežraní, ale zároveň jsem v tom přejídání našla aktivitu, která mi zaplnila takový místa, kdy jsem nevěděla co dělat, nuda, úzkost, hodně často se stalo, že jsem přišla dom ze školy a přejedla jsem se. Nebo máma, prostě (smích)mě obklopovala jídlem, když jsem se přejídala a já jsem s ní mohla o tom mluvit každý den, že mi to vadí, že to nechci, takže vlastně, takže tam vnímám tu skrytou agresi. G: Jak jsi na takové chování reagovala? S: Vždycky jsem se tím přejedla, hmm, takže mě to v té nemoc akorát drželo. G: Já už se asi ptala, ale chápu správně, že mamka věděla, že se přejídáš? S: Jojo

16. Sáry, co ti pomáhalo ke změně způsobu stravování, ke stravování, které považuješ za zdravé, v souvislosti s PPP?

Čas. Uvědomění si, že potřebuji správnou energii pro činnosti. Pomohlo mi si uvědomovat, jak se cítím psychicky po různých typech jídla. Na raw stravě jsem měla strašně moc energie, cítila jsem se skvěle, zdravě. V zimě zas jsem začala jíst hutnější jídla. Naučila jsme se vnímat sebe a vnímat své tělo, jím často. Jídlo mi vytváří komfort, těším se na něj. Musím říct, že když si mám plánovat jídelníček dopředu tak mě to znervózňuje. Je to nepříjemné, protože nevím, jak se mé tělo bude cítit.

OTÁZKY ZÁVĚR

17. Sáry, dokázala bys určit, co bylo pro tebe v léčbě opravdu nejučinnější, co ti opravdu pomohlo a bylo pro tebe klíčové v uzdravení se z poruch příjmu potravy?

Přátelé, pocit jejich přijetí nezávisle na vzhledu. Také nastavení životní filozofie a priorit nastavení si hranic, hodně silných hranic, což třeba zahrnovalo, že jsem se přestala bavit s lidma s ppp, změnila jsem prostředí. Přímo tak osobně mi pomohl čas, prostě se té poruchy přejít, mě to prostě přestalo bavit. Taky to, že jsem si začala uvědomovat, že mě to strašně omezuje, čím víc jsem se věnovala věcem, které mě bavily, tím více jsem chtěla energii na ně. Také ještě paní psycholožka a její partnerský, otevřený a bezpodmínečný přístup. Hodně mi pomáhalo, když mi říkala běžné věci, jakože si s manželem dávají u televize zmrzlinu. Byla pro mě velkým vzorem. Říkala jsem si pak, že bych to taky mohla zkusit. Dávala mi zpětnou vazbu na to, co je a co není v pořádku. Přišlo mi, že pro mě představuje rodičovskou představu s vyžralým přístupem. Jako když si dospělá dcera povídá s mamkou nebo tatškou. Měla cit působit jako vzor i autorita. Dala mi zkušenost s dospělým, který mi ukazuje hranice života. Myslím, že dnes by náš vztah už nefungoval, ale tenkrát to fungovalo.

18. Sáry, dokázala bys určit, co bylo pro tebe naopak nejvíce ztěžující, co ti opravdu léčbu ztěžovalo?

Že jsem si z nemoci udělala identitu, stala se ze mě holka s anorexií. Díky ní jsem měla pocit vlastní hodnoty a jedinečnosti. Že jsem prostě zajímavá. Mně to vlastně hrozně bavilo, to, že mi pak bylo blbě. Taky to chování rodičů.

19. Sáry, dokážeš určit, co jsi nejvíce ve tvé léčbě potřebovala?

Řekla bych, že zažít si dřív pocit bezpodmínečného přijetí, cítila jsem ho u té psycholožky, v podstatě od první chvíle, co jsem tam přišla, jsem neměla pocit, že tam jsem jako pacient. Vnímala mě v tom, jaká jsem teď, že jsem chytrá dívka, a že jsem se jen ztratila na své cestě a ona mě na ní může pomoci se vrátit. Nedala mi najevo, že jsem v něčem špatná, hodně mě ubezpečovala, že jsem dobrá. Hodně mi pomohla to přestat vnímat jako identitu, brala mě jako Sáru, co chce studovat vysokou školu, je chytrá, dobře tancuje a tato nemoc je něco, co jí zkřížilo cestu.

G: Sáry, děkuji ti za rozhovor, za tvoji otevřenost. Velmi si vážím tvé důvěry, toho, že jsi takhle odvážně sdělila svůj příběh. S: Já taky děkuji, Gréti. G: Teď to bude tak, že rozhovor přepíšu, pokud budeš mít zájem, ráda ti ho zašlu. S: Dobře. G: K závěru se chci ještě ujistit, zda je z tvé strany všechno v pořádku, co se týče rozhovoru, toho, že jsi zde vyprávěla tvoji zkušenost s poruchou příjmu potravy. S: Jojo, dobrý.

Příloha 5 Příklady analýz

KLARA	
VO1	VO2
PODPŮRNÉ	PODPŮRNÉ
Představitel odborné péče	Představitel sociální opory
Nutriční terapeutka 6.222; 15.557	Podpora v ostatních pacientech 5.163
Psycholožka 16.618; 9.318; 15.580; 16.620	Spolužáci 10.394
Psychiatrická 3.109; 5.191; 6.199	Přístup sociální opory
Přístup odborníků	Bezpodmínečně přijetí 11.399
Nedirektivní přístup 6.205; 6.227; 8.302; 15.567; 15.577	ZTĚŽUJÍCÍ
Partnerský přístup (rovné přátelství) 5.197; 8.301; 15.576	Představitel sociální opory
Empatické porozumění 3.109; 5.191; 6.199	Rodina 4.142; 7.276; 10.362; 10.374; 17.647
Psychoedukace 15.568	Ostatní pacienti jako zdroj patologického chování 5.163; 6.216
Bezpodmínečné přijetí 8.303	Přístup sociální opory
Možnost alternativ ve stravování 6.230	Nucení do jídla a vážení 2.54; 2.67; 7.276; 10.374; 17.649
Psychologická podpora nutriční terapeutky 15.565	Nepochopení 10.374; 17.649
Ergoterapie (návštěva kavárny) 15.570	Strach (úzkostlivá, obavy) 10.362; 17.647
Technika Semafor 17.632	Vnímali ji jako nemocnou (stigmatizující přístup) 4.145; 17.658
Hospitalizační péče	Přejídání není považováno za problém 3.117; 10.372; 16.613
Canesterapie (podpůrné terapie hosp.) 7.254	Jiné
Autogenní trénink 7.259	Zátěžová rodinná situace 11.428; 17.647
Samotný pobyt na psychiatrii 4.123	
Podpora zdravotních sester 7.267	
ZTĚŽUJÍCÍ	
Představitel odborné péče	
Psycholožka 9.322	
Dětská lékařka 10.385	
Přístup odborníků	
Direktivní přístup 9.323	
Bagatelizovala onemocnění 10.385	
VO3	VO4
PODPŮRNÉ	UVĚDOMĚNÍ
Joga 11.416	Reakce okolí (nerozumněla si s dětskama) 11.434
Autogenní trénink 11.420	Sebereflexe patologického chování (včetně snížené kontroly) 12.438
Denní režim 11.415 13.506	Zdravotní následky 12.442
Osobní deník 11.406	DOBROVOLNOST
Role zdravé (přestup na VŠ) 16.595; 17.640	UVědomění, že chce být v kolektivu 8.314; 12.463; 15.552
Vyhledávání informací na internetu 11.408	UVědomění, že chce být zdravým a plnohodnotným člověkem 12.458
Dobrovolnictví 13.484	
Odstranění zrcadla 16.589	VO5
Jíst mezi lidma 16.610	ZTĚŽUJÍCÍ
Léčba jako proces 17.631	Pozornost 10.393
Kontakt s lidmi, kamarády 13.504	Srovnávání se 11.423
Škola (studium) 11.415	Strach jíst 16.607
Čas 16.595	Určené námi
Hudba 13.501	Zkreslené představy o jídle 14.517
Sport - Běh, jumping 13.491; 13.484	
Osobní zájem - Hra na klavír a kytaru 13.502	VO6
ZTĚŽUJÍCÍ	Zátěžové období (maturitním obdobím, pobyt v zahraničí) 14.514
Knihy o PPP 11.411	
Kontakt s hubenými lidmi 11.421	VO7
Nevěděla co je jíst normálně (jak správně) 16.548; 16.604	Bližký člověk (opora) 13.474
Docházet ke školní psycholožce 9.328	Čas 17.652
Ztráta pozornosti 11.427	Přijetí 17.652
Měla jako ideál krásy 14.547	Empatické porozumění 13.477
Hubnutí uměla řešit pouze nejezením 15.547	Vědět jak 12.443
Stud za bulimii 17.664	
Nevěděla jak 12.443	
Vynechávání jídla (nepravidelný jídelní režim) 3.93	

DENISA	
VO1	VO2
PODPŮRNÉ	PODPŮRNÉ
Představitelé odborné péče	Představitelé sociální opory
Psycholog 6.209; 7.263; 15.577	Rodina 3.115; 9.316
Centrum Anabell 8.304	Přátelé 3.115; 10.359; 18.667
Přístup odborníků	Podpora v ostatních pacientech 7.251
Podpora zdravotní sestry 7.248	Partner 15.583; 16.586
Úkoly a témata k zamyšlení se 6.209	Přístup sociální opory
Strukturovanost vedení terapie 7.275	Bezpodmínečné přijetí 15.583
Nedirektivní 8.280	Trpělivost 16.594
Partnerský přístup 8.290	Naslouchání potřebám 9.324
Hospitalizační péče	Empatické porozumění 9.316
Samotný pobyt na psychiatrii (Motol) 5.180	Návštěvy při hospitalizaci 10.359
Pohybová terapie (podpůrná) 6.236	Zájem trenéra 11.401
ZTĚŽUJÍCÍ	ZTĚŽUJÍCÍ
Představitelé odborné péče	Představitelé sociální opory
Lékaři (doktorka) 17.638; 19.718	Rodina 3.90; 9.342
Přístup odborníků	Ostatní lidi 10.389; 20.735
Pohroženo 2.67; 17.638	Spolužáci 20.741
Bagatelizace přejídání 19.718	Partner 10.372
Další	Přístup sociální opory
Nedostupnost péče 3.112	Přejídání není považováno za problém 3.91; 19.732; 20.735; 20.750
	Nutil jíst (nezdravé jídlo) 10.373
	Obdiv okolí 10.385
	Negativní poznámky 19.712; 20.737
	Nepřijímalo 19.712
	Absence podpory při MB a ZP 19.74
	Nepochopení MB a ZP 20.273
	Zátěžové situace a období 3.102; 18.673; 14.510; 2.49; 10.390; 17.629
	Určené námi
	Návštěva nosila při hospitalizaci jídlo 6.203

VO3	VO4
PODPŮRNÉ	UVĚDOMĚNÍ
Relaxace 13.491	Reakce okolí 12.440
Meditace 13.491	DOBROVOLNOST
Intuitivní stravování 15.552	UVědomění, že nechce sníženou kontrolu 11.427
Veganství a vegetariánství 16.596	Vědomí nárůstu hmotnosti (bulimie a přejídání) 11.426
Osobní deník 6.220	
Osobní zájem (koniček) - vzpírání, trojboj, zpěv, box, hra na kytaru, tanec; pes 10.353; 12.452; 13.491	VO5
Sport (cvičení) 2.54; 13.482; 12.450; 13.489; 15.551; 15.574; 16.626	Strategie zvládání zátěže (nemoc jako) 2.51; 3.100; 3.98; 11.395
Denní (pravidelný) režim 13.490; 13.508; 15.573	Srovnávání se 13.507
Životní změna 3.96; 18.668	Pocit vylučnosti 1.35; 5.168
Sebeprijetí 14.527	Zalíbenív onemocnění (nemoc skvělá (atreaktivní) 1.37; 5.168
Regulovat stres 13.490	Jídlo jako kompenzace 17.654
„Zaměřovat se na netělesný věci“ 14.528	
Láska „z vnější“ 18.663	VO6
Trpělivost 19.697; 19.704	Vnitřní nespokojenost 16.612
Informovanost 19.697	Zátěžová situace a období 16.623
UVědomění si 19.697	Úniky z domova 16.629
Přítomnost přátel v léčbě 10.355	
Neutuchající práce na sobě 3.106; 18.686; 19.699	VO7
Spoléhání se na sebe 4.124; 4.146; 3.115	Bližký člověk 12.457; 18.705
Chtít se léčit 5.159; 5.183	Svěpomocná skupina 12.465
UVědomění fyziologických zákonitostí (přírodu neoblaheš) 12.446	Podporu okolí (MB a ZP) 18.705
ZTĚŽUJÍCÍ	
Knihy o PPP 11.412	
Sledování sociálních sítí 12.435; 14.509	
Potřeba být štihlá 13.499	
Negativní emoční stav 3.103	
Veganství 16.597	
Přijala ideál ženy (nejen krásy) 1.9	
Vnitřní nespokojenost 13.500	
Vnímání sebe sama jako oběti 19.721	
Orientace na výkon 14.536	
Stud za onemocnění 19.730	
Sebestigmatizace 20.750	
Manipulace s jídlem při hospitalizaci 2.60	