

Univerzita Palackého v Olomouci
Cyrilometodějská teologická fakulta
Institut sociálního zdraví



**Faktory související s vyhledáním pomoci
u osob s poruchami příjmu potravy**

Factors related to help-seeking behaviour for eating disorders

Diplomová práce

Olomouc 2024

Autor: Bc. et Bc. Lenka Rozkovcová

Vedoucí práce: Ing. Mgr. Zdeněk Meier, Ph.D.

Prohlášení

Prohlašuji, že jsem diplomovou práci vypracovala samostatně, že jsem řádně citovala všechny použité prameny a literaturu a že práce nebyla využita v rámci jiného vysokoškolského studia či k získání jiného nebo stejného titulu.

V Brně, dne 13. dubna 2024



.....
Lenka Rozkocová

Poděkování

Na tomto místě bych chtěla velmi poděkovat vedoucímu práce Mgr. Ing. Zdeňku Meierovi, Ph.D. Jsem vděčná, že se vedení zhostil v netypické a nelehké situaci. Vážím si jeho aktivního a podporujícího přístupu, rychlých reakcí a cenných připomínek. Dále velmi děkuji koordinátorce studijního programu Mgr. Marii Sovové za její veškerou pomoc a vstřícnost. Děkuji všem svým blízkým, kteří se mnou cestu studiem sdíleli*y a byli*y mi v jeho průběhu oporou.

Klíčová slova

poruchy příjmu potravy, odborná léčba, vyhledání pomoci, bariéry, facilitátory

Keywords

eating disorders, specialized treatment, help-seeking behavior, barriers, facilitators

Abstrakt

Diplomová práce zkoumá faktory, které ovlivňují vyhledání odborné pomoci u osob s poruchami příjmu potravy. Výzkum si klade za cíl popsat, jaké bariéry a facilitátory při vyhledávání pomoci vnímají dospívající se zkušeností s poruchami příjmu potravy v České republice, a jakým způsobem spolu dané faktory interagují. Výzkum je realizován s využitím kvalitativní metodologie, a to tematickou analýzou polostrukturovaných rozhovorů se čtrnácti osobami, které mají zkušenosti s nemocí s počátkem v dospívání. Výsledky popisují komplexní způsob interakcí nemocných osob se systémem péče. Naznačují důležitost těchto faktorů: stigma, stud a trivializace nemoci; popření a vnímání závažnosti nemoci; motivace ke změně; znalosti ohledně zdrojů pomoci; podpora ze strany okolí a pravidla ohledně svěřování. Analýza naznačuje úzké propojení mezi jednotlivými faktory.

Abstract

This thesis examines factors that influence help-seeking behaviour in people with eating disorders. The research aims to describe what barriers and facilitator are perceived by adolescents with eating disorder experiences in Czech republic, and also aims to describe how these factors interact with each other. The research method is a thematic analysis of semi-structured interviews with fourteen people who have experienced eating disorders in their adolescence. The results describe a complex way of interactions between the individuals and the medical care system. The results indicate the importance of these factors: stigma, shame and trivialization of the illness; denial and perception of the severity of the illness; motivation to change; knowledge of resources; encouragement from others and internal rules about confiding. The analysis suggests a close connection between all factors.

Obsah

| | |
|--|----|
| Úvod..... | 9 |
| 1 Poruchy příjmu potravy..... | 10 |
| 1.1 Předklinická stádia..... | 11 |
| 1.2 Diagnostické vymezení..... | 13 |
| 1.3 Mentální anorexie..... | 14 |
| 1.4 Mentální bulimie..... | 17 |
| 1.5 Záchvatovité přejídání..... | 18 |
| 2 Odborná léčba poruch příjmu potravy..... | 20 |
| 2.1 Multidisciplinární tým..... | 22 |
| 2.2 Úrovně péče dle její intenzity..... | 25 |
| 2.3 Komplexní péče v České republice..... | 27 |
| 2.4 Paradox využívání lékařské péče..... | 29 |
| 2.4.1 Zvýšené využívání lékařských služeb..... | 29 |
| 2.4.2 Nevyužívání specializované pomoci..... | 30 |
| 2.4.3 Včasný záchyt onemocnění..... | 31 |
| 3 Faktory související s vyhledáním pomoci..... | 33 |
| 3.1 Nejčastější bariéry..... | 33 |
| 3.2 Nejčastější facilitátory..... | 35 |
| 3.3 Stigma, stud a trivializace nemoci..... | 37 |
| 3.4 Popření a vnímání závažnosti nemoci..... | 40 |
| 3.5 Motivace ke změně..... | 42 |
| 3.6 Jiné psychické a fyzické potíže..... | 44 |
| 3.7 Praktické faktory a dostupnost léčby..... | 46 |
| 3.8 Znalosti ohledně zdrojů pomoci..... | 47 |

| | |
|--|-----|
| 3.9 Postoj k léčbě a předchozí zkušenost s léčbou..... | 47 |
| 3.10 Podpora ze strany okolí..... | 50 |
| 4 Metodologie..... | 52 |
| 4.1 Výzkumné otázky..... | 52 |
| 4.2 Technika sběru dat..... | 53 |
| 4.3 Etika výzkumu..... | 54 |
| 4.4 Výzkumný vzorek..... | 54 |
| 4.5 Zpracování dat..... | 55 |
| 5 Výsledky..... | 57 |
| 5.1 Kontext a průběh léčby..... | 57 |
| 5.2 Vyhledání léčby..... | 62 |
| 5.3 Jednotlivé faktory ovlivňující vyhledání pomoci..... | 64 |
| 5.3.1 Stigma, stud a trivializace nemoci..... | 65 |
| 5.3.2 Popření a vnímání závažnosti nemoci..... | 68 |
| 5.3.3 Motivace ke změně..... | 72 |
| 5.3.4 Znalosti ohledně zdrojů pomoci..... | 79 |
| 5.3.5 Podpora ze strany okolí..... | 86 |
| 5.3.6 Pravidla ohledně svěřování..... | 90 |
| 5.4 Shrnutí výsledků..... | 92 |
| 5.4.1 Charakter faktorů..... | 92 |
| 5.4.2 Vztahy faktorů..... | 95 |
| 6 Diskuse..... | 99 |
| 6.1 Limity práce..... | 99 |
| 6.2 Implikace do sociální práce..... | 100 |
| 7 Závěr..... | 104 |
| Seznam literatury..... | 106 |

| | |
|--------------------|-----|
| Seznam příloh..... | 115 |
|--------------------|-----|

Úvod

Poruchy příjmu potravy jsou závažná duševní onemocnění, která narušují kognitivní funkce, úsudek a emoční stabilitu. Mají negativní dopad na fyzické zdraví jedince a na celkovou kvalitu života. Přesto pouze malá část osob s poruchami příjmu potravy vyhledá specializovanou odbornou pomoc. Včasný záchyt onemocnění, jeho diagnostika a následovné nastavení komplexní multidisciplinární podpory přitom mohou zlepšit výsledky léčby a zároveň snížit její náklady.

Cílem diplomové práce je poskytnout hlubší popis faktorů, které osoby s poruchami příjmu potravy identifikují jako bariéry či facilitátory v procesu vyhledání odborné pomoci.

Tato práce se skládá ze dvou částí. Cílem první části je shrnout současné poznání daného tématu za pomoci odborné literatury a aktuálních výzkumů. První kapitola stručně popisuje charakteristiku a diagnostická kritéria poruch příjmu potravy. Druhá kapitola shrnuje podobu současného způsobu poskytování odborné péče a specializované léčby. Dále popisuje specifické charakteristiky způsobu, jakým nemocní jedinci se systémem péče interagují. Třetí kapitola se zaměřuje na popis dosavadního poznání konkrétních faktorů, které působí buď jako bariéry, nebo jako facilitátory v procesu vyhledání odborné pomoci.

Cílem navazující výzkumné části práce je blíže popsat, jak vnímají konkrétní faktory ovlivňující vyhledání odborné pomoci dospívající s poruchami příjmu potravy v České republice. Metodou výzkumu je tematická analýza rozhovorů s osobami s vlastní zkušeností s poruchami příjmu potravy. Předpokladem je, že v subjektivních výpovědích jedinců se budou v různé míře objevovat fenomény popsané v teoretické části práce. Cílem analýzy je zmapování těchto faktorů a popsání vztahů, ve kterých se objevují. Součástí shrnutí výsledků je jejich porovnání s teoretickým pozadím.

Téma práce bylo zvoleno na základě odborné zkušenosti. Autorka práce několik let působila jako pracovnice ve službě odborného sociálního poradenství zaměřeného na podporu osob s poruchami příjmu potravy. Ve své praxi tak měla možnost pozorovat počáteční i průběžné interakce nemocných osob se systémem odborné péče a vnímat komplexitu těchto interakcí i samotné nemoci a procesu její údravy.

1 Poruchy příjmu potravy

Tato kapitola stručně charakterizuje poruchy příjmu potravy jako celek. V následujících podkapitolách se zaměřuje na popsání předklinických stádií nemoci a dále na konkrétní poruchy příjmu potravy a jejich diagnostická kritéria. Jedná se o mentální anorexii, mentální bulimii a záchvatovité přejídání.

V současnosti jsou poruchy příjmu potravy (dále jen PPP) definovány jako psychické nemoci, které se projevují abnormálními stravovacími návyky v souvislosti se strachem z nárůstu tělesné hmotnosti a snahou hmotnost regulovat. Může se objevovat zkreslený náhled na své tělo.

Jedná se o závažná a mnohdy chronická duševní onemocnění. Významně narušují kognitivní funkce, úsudek a emoční stabilitu. Mají negativní dopad na vnímanou kvalitu života a vztahy nemocných osob. Negativně zasahují fyzické zdraví a mohou mít v této oblasti vážné a dlouhodobé dopady (Klump et al., 2009). Zejména u mentální anorexie studie indikují zvýšenou úmrtnost, která souvisí jak s fyzickými zdravotními komplikacemi, tak s rizikem sebevraždy (Hoek, 2006). PPP také představují značnou finanční zátěž pro jednotlivce i rodiny, ve kterých se nemoc vyskytne. Negativní finanční dopady jsou spojeny zejména se ztrátou produktivity jednotlivců a jejich pečovateli (Streatfeild et al., 2021), ale také s náklady na léčbu a se samotným zvládáním nemoci (Gatt, 2014).

PPP mohou postihnout jedince všech věkových kategorií, pohlaví, sexuální orientace, etnických skupin a geografických oblastí. Zvláště ohrožení jsou dospívající a mladí dospělí. Nejčastější věk nástupu nemoci je 15-25 let (Schmidt et al., 2016). Významná studie ohledně prevalence PPP v USA odhaduje výskyt mentální anorexie, mentální bulimie a záchvatového přejídání (prevalence jednotlivých kategorií v tomto pořadí) na cca 0,9 %, 1,5 % a 3,5 % mezi ženami a 0,3 %, 0,5 %, a 2,0 % mezi muži (Hudson et al., 2007). Riziko vzniku nemoci je také významně vyšší u transgender a genderově nebinárních osob (Simone et al. 2022). Krch (2005, s. 56) usuzuje, že „incidence a prevalence mentální anorexie a bulimie v České republice je srovnatelná se zeměmi západní Evropy a měla v několika posledních desetiletí vzrůstající tendenci.“

PPP mají vysokou míru psychiatrické komorbidity a nemocní často splňují kritéria pro více než jednu komorbidní poruchu. Nejčastěji se objevuje spojení s poruchami nálad (depresivní porucha, dystymie), poruchami způsobenými užíváním psychoaktivních látek (syndrom závislosti), neurotickými poruchami (obsesivně kompulzivní porucha, sociální fobie, panická porucha), a poruchami osobnosti (Van Alsten a Duncan, 2020; Klump et al. 2009).

Vznik poruch příjmu potravy má multifaktoriální charakter. Mezi odborníky panuje shoda v tom, že neexistuje žádný jeden rozhodující faktor, který by vznik nemoci sám o sobě vysvětlil (Krch, 2005). Multifaktorialita zahrnuje kombinaci genetických, biologických a temperamentových rizikových faktorů a zranitelností, které interagují s okolnostmi, nepříznivými situacemi a faktory prostředí jak blízkého, tak sociokulturního (Klump et al. 2009). Důležitými osobnostními faktory, které přispívají ke vzniku a udržování PPP, jsou např. nespokojenost s vlastním vzhledem (tj. celková nespokojenost s fyzickým vzhledem, nebo nespokojenost alespoň s jedním aspektem fyzického vzhledu jako je např. tvar těla nebo tělesná hmotnost) a depresivní symptomatika (Cortes-Garcia et al., 2023).

Krch (2005, s.209) ve své publikaci shrnuje to, že poruchy příjmu potravy jsou ze své podstaty velmi komplexním a proměnlivým syndromem a jejich s rostoucí incidencí se lze setkat s typově velmi odlišnými pacienty. Popisuje proměnu od stereotypu a představy typické pacientky s PPP v 60. letech k současnému různorodému obrazu nemoci: „Namísto inteligentních perfekcionista z vyšších společenských vrstev dnes přibývá bulimiček, hraničních, ale i chronických případů, nemocných s velmi rozdílnou premorbidní osobností a komorbiditou, s různým vzděláním, kulturním a rodinným zázemím. Rozšiřuje se věková hranice počátku onemocnění, mění se očekávání pacientů, jejich priority a přístup k léčbě.“

1.1 Předklinická stádia

Zejména v kontextu včasného zachytu nemoci a dřívějšího vyhledání pomoci je důležité porozumět rozvoji PPP v podobě předklinických forem narušených stravovacích návyků a regulace tělesné hmotnosti. Toto téma zároveň souvisí s později zmiňovaným společenským náhledem na PPP, stigmatizací nemoci a její trivializací. V anglické literatuře se k pojmenování tohoto jevu užívá označení „disordered eating“,

tedy neuspořádané stravování. Výzkumy naznačují, že dané vzorce neuspořádaného stravování jsou často předchůdci plně rozvinutých poruch příjmu potravy (Becker et al., 2004; Stice et al., 2009). Zároveň samy o sobě představují signifikantní risk pro rozvoj vážných psychosociálních i fyzických zdravotních komplikací (Chamay-Weber et al., 2005; Stice et al., 2009).

Většina současné literatury i přes určité inkonzistence a výhrady uznává model kontinua poruch příjmu potravy (Fitzgibbon et al., 2003). Dle tohoto modelu jsou symptomy v preklinické a klinické fázi PPP stejné kvalitativní povahy a odlišují se pouze kvantitativně, tj. vyskytují se v jiné frekvenci a závažnosti. Model kontinua PPP popisuje symptomy narušeného vztahu ke stravování a k vlastnímu tělu dle míry jejich intenzity a závažnosti. Jako první se na tomto spektru nachází osoby s běžnými stravovacími návyky, které mají nezdravý postoj k vlastnímu fyzickému vzhledu nebo nerealistická přesvědčení týkající se vzhledu (např. víra v to, že štíhlá postava je nutným předpokladem ke šťastnému a naplňujícímu životu). Dále na tomto spektru se nachází osoby, které jsou s tématy nespokojenosti s vlastním vzhledem a kontrolou tělesné hmotnosti výrazně a nadměrně zaujaté a znepokojené. Poté jsou popsány osoby, které se v souvislosti s nespokojeností s vlastním vzhledem aktivně zapojují do procesu kontroly tělesné hmotnosti skrze nezdravé stravovací návyky a opakované držení diet. Opět o něco dále se nachází osoby, které k držení diet připojují purgativní mechanismy kompenzace příjmu potravy, stále však v míře, která neumožňuje diagnostiku PPP. V závěru tohoto kontinua se nachází osoby s již plně rozvinutými PPP ve formě, která je diagnostikovatelná dle aktuálně platných kritérií (Scarno & Kalodner-Martin, 1994).

Výzkumy ukazují, že množství mladých lidí se zapojuje do nezdravého chování spojeného s kontrolováním tělesné hmotnosti, např. držení striktních diet, půstů, používání laxativ nebo zvracení. Např. longitudinální pětiletá studie od Larson et al. (2009) uvádí, že na počátku pozorovaného období cca 45 % žen a 17 % mužů v adolescentním věku přiznalo nezdravé způsoby kontroly tělesné hmotnosti.

Tato zjištění jsou v souladu s tím, že držení diet a chování zaměřené na kontrolu tělesné hmotnosti jsou v mnoha západních kulturách poměrně rozšířené a do určité míry normalizované, zejména mezi adolescentními dívkami. Roehrig & McLean (2010) ve výzkumu toho, jakým způsobem mladí lidé vnímají PPP, popisují implicitní

celospolečenské přesvědčení, že většina lidí může a měla by kontrolovat svou tělesnou hmotnost a vzhled svého těla. Meyer (2001) uvádí, že 76 % dotazovaných adolescentních dívek vyjádřilo přání zhubnout. Tato přání a přesvědčení jsou v daném výzkumu daná do kontextu celospolečenské idealizace štíhlosti. Je pravděpodobné, že dané osoby považují pokusy o kontrolu hmotnosti za nutnou součást procesu dosažení stanovenému ideálu. Zejména ve chvíli, kdy je stanovený cíl nerealistický a fyziologicky náročný jak na dosažení, tak na udržení, mohou se dané osoby ve snaze o dosažení těchto cílů uchýlit k nezdravým formám kontroly tělesné váhy (Roehrig & McLean, 2010).

1.2 Diagnostické vymezení

Poruchy příjmu potravy jsou rozmanitou diagnostickou kategorií, jejíž vymezení se v průběhu času různě měnilo. Cílem této kapitoly je stručně představit aktuální platné publikace, které klasifikace nemocí kodifikují, a popsat obecně diagnostickou kategorii poruch příjmu potravy.

V České republice je pro účely diagnostiky a zdravotní dokumentace používána Mezinárodní klasifikace nemocí a přidružených zdravotních problémů (v originále International Classification of Diseases and related health problems, dále jen MKN). Tato klasifikace vznikla pod záštitou Světové zdravotnické organizace (v originále World Health Organisation, dále také WHO). V roce 2019 byla vytvořena její nejaktuálnější, jedenáctá verze **MKN-11**. Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2024) na svých stránkách popisuje postupný proces implementace nové verze do českého systému zdravotní péče. V České republice vstoupila MKN-11 v platnost dne 1. ledna 2022 s pětiletým přechodným obdobím. Verze českého překladu, ze které tato kapitola vychází, byla Světovou zdravotnickou organizací zveřejněna jako oficiální v únoru roku 2024.

Diagnostická kritéria jednotlivých poruch příjmu potravy v následujících kapitolách jsou zároveň doplněna o kritéria páté verze Diagnostického a statistického manuálu duševních poruch (dále jen **DSM-5**), který je plošně využíván v USA. Doplnění je zahrnuto v místech, kde jsou mezi jednotlivými měřítky odlišnosti. Je tomu zejména proto, že většina dále uváděných výzkumů je realizována v USA.

Diagnostická kategorie Poruchy příjmu potravy a stravovacího chování je v MKN-11 zařazena pod oblast 06: Duševní, behaviorální nebo neurovývojové poruchy. Je vymezena tímto způsobem: „Poruchy příjmu potravy a stravovacího chování zahrnují abnormní příjem potravy a stravovací chování, které nelze vysvětlit jiným onemocněním není vývojově přiměřené nebo neodpovídá vývojovým kulturním zvyklostem.“ (World Health Organization [WHO], 2019, sekce „Poruchy příjmu potravy a stravovacího chování“).

Na rozdíl od minulé verze jsou od sebe v MKN-11 odlišené dvě podkategorie, a to poruchy příjmu potravy a poruchy stravovacího chování:

- „Poruchy příjmu potravy zahrnují abnormální stravovací chování a nadměrné zaobírání se jídlem, spolu s výraznými obavami ohledně tělesné hmotnosti a tvaru těla.“ (WHO, 2019, sekce „Poruchy příjmu potravy a stravovacího chování“)
- „Poruchy stravovacího chování zahrnují poruchy chování, které nesouvisí s obavami ohledně tělesné hmotnosti a tvaru těla, jako je konzumace nejedlých látek nebo dobrovolná regurgitace potravin.“ (WHO, 2019, sekce „Poruchy příjmu potravy a stravovacího chování“)

Tato práce se zaměřuje na poruchy příjmu potravy, které mají v diagnostických kritériích kromě narušených vzorců chování také narušený vztah k jídlu a k vlastnímu tělu. Motivací k alternaci stravovacích návyků u nich bývá snaha snížit či udržet tělesnou hmotnost a strach z jejího nárůstu, s možným zkresleným vnímáním vlastního těla. Dle těchto kritérií spadají do poruch příjmu potravy diagnózy mentální anorexie (6B80), mentální bulimie (6B81) a záchvatovitého přejídání (6B82) (WHO, 2019). Tyto diagnostické kategorie jsou v následujících kapitolách blíže popsány.

1.3 Mentální anorexie

Mentální anorexie je v MKN-11 zařazena pod kódem 6B80. Uvedená diagnostická kritéria je možné dle ovlivněných oblastí rozdělit na symptomy dopadů na tělo, chování a prožívání. Mentální anorexie je v těchto kategoriích charakterizována následujícím způsobem:

a. **dopady na tělo:**

- „Významně nízkou tělesnou hmotností vzhledem k výšce, věku a vývojovému stupni, která není způsobena jiným onemocněním nebo nedostatkem potravy.“ (WHO, 2019, sekce „Mentální anorexie“)
- K určení hranice nízké hmotnosti může být využito několik možných kritérií. Jedním z nich je běžně používaný index tělesné hmotnosti BMI, který vyjadřuje vztah mezi tělesnou hmotností a tělesnou výškou. Dle MKN-11 je pro stanovení diagnózy určující BMI nižší než 18,5 kg/m² v případě dospělého člověka. U dětí a dospívajících je BMI vztažený k věku pod 5. percentilem. Jiným kritériem může být rychlý úbytek hmotnosti. U dětí a dospívajících může být kritériem také zastavení očekávaného váhového přírůstku dle přirozené vývojové trajektorie (WHO, 2019).

b. **chování:**

- „Přetrvávajícím vzorcem chování, které má zabránit znovunabytí normální hmotnosti, kam patří chování redukující energetický příjem (omezený příjem potravy), očišťující jednání (např. vyvolávání zvracení, užívání projímadel) a chování zvyšující energetický výdej (např. nadměrné cvičení).“ (WHO, 2019, sekce „Mentální anorexie“)

c. **prožívání:**

- „Strachem z váhového přírůstku. Nízká tělesná hmotnost nebo tvar těla jsou základem pro sebehodnocení nebo jsou jedincem nepřesně vnímány jako normální nebo dokonce nadměrné.“ (WHO, 2019, sekce „Mentální anorexie“)

Nově se dle MKN-11 rozlišují následující formy mentální anorexie, které reflektují možné rozdíly v tělesné hmotnosti nemocných osob:

- **6B80.0 Anorexia nervosa s významně nízkou tělesnou hmotností**

- „BMI mezi 18,5 kg/m² a 14,0 kg/m² pro dospělé nebo mezi pátým percentilem a 0,3 percentilem pro BMI pro věk u dětí a dospívajících“ (WHO, 2019, sekce „Anorexia nervosa s významně nízkou tělesnou hmotností“)

- **6B80.1 Mentální anorexie s nebezpečně nízkou tělesnou hmotnost**
 - „BMI pod 14,0 kg/m² u dospělých anebo pod 0,3 percentilem BMI vztaženým k věku u dětí a dospívajících. V rámci mentální anorexie je závažná podváha důležitým prognostickým faktorem, který je spojen s vysokým rizikem somatických komplikací a podstatně zvýšenou úmrtností.“ (WHO, 2019, sekce „Mentální anorexie s nebezpečně nízkou tělesnou hmotnost“)
- **6B80.2 Mentální anorexie v zotavení s normální tělesnou hmotností**
 - Tato diagnóza je zachována u osob v procesu údravy z mentální anorexie, u kterých je již tělesná hmotnost vyšší než v uvedených diagnostických kritériích. Diagnóza zůstává do doby, kdy je dosaženo trvalého a úplného uzdravení. To je charakteristické jak udržením zdravé hmotnosti, tak ukončením chování zaměřeného na redukci tělesné hmotnosti. Co se týče specifické dlouhodobého a trvalého uzdravení, MKN-11 specifikuje dobu minimálně jednoho roku po ukončení intenzivní léčby (WHO, 2019).

Klasifikace také uznává diagnózy 6B80.Y Mentální anorexie, jiná určení a 6B80.Z Mentální anorexie neurčená.

DMS-5 předkládá obsahově shodná diagnostická kritéria, která popisují v rovině chování restriktce v příjmu energie ve vztahu k potřebám těla, v rovině dopadu na fyzické zdraví související výraznou ztrátu hmotnosti a v rovině prožívání narušení vnímání vlastního těla a přetrvávající intenzivní strach z nárůstu váhy a tloušťky. Dále rozlišuje dva subtypy mentální anorexie: restriktivní (ztráta váhy je dosahována pouze omezením stravy a/nebo nadměrného cvičení bez epizod přejídání a zvracení/užívání laxativ apod.) a purgativní (s epizodami záchvatovitého přejídání a zvracení/užívání laxativ apod.). Dle aktuální fáze údravy rozlišuje mentální anorexii v částečné remisi (stabilizace zdravé váhy, ale přetrvávající psychické potíže), nebo v úplné remisi. Dalším rozlišením je závažnost onemocnění, které závisí na fyzickém stavu jednotlivce. Vychází z hodnoty BMI, podobně jako u subtypů mentální anorexie v MKN-11, ale bere do úvahu také individuální klinické symptomy, stupeň funkčního postižení a míru potřeby supervize (Raboch et al., 2015).

1.4 Mentální bulimie

Mentální bulimie je v MKN-11 zařazena pod kódem 6B81. Diagnostická kritéria této nemoci lze rozdělit dle povahy symptomů na chování, prožívání a dopady na život jedince následovně:

a. chování:

- „Mentální bulimie je charakterizována častými opakujícími se epizodami záchvatovitého přejídání (např. jednou týdně nebo častěji po dobu alespoň jednoho měsíce). Epizoda záchvatu přejídání je zřetelné časové období, během něhož jedinec zažívá subjektivní ztrátu kontroly nad jídlem, jí významně více nebo jinak než obvykle, a není schopný přestat jíst nebo omezit druh nebo množství konzumovaného jídla. Záchvatovité přejídání je doprovázeno opakovaným nevhodným kompenzačním chováním, které má zabránit přírůstku na váze (např. vyvolávání zvracení užívání projímadel nebo klystýrů, usilovné cvičení).“ (WHO, 2019, sekce „Mentální bulimie“)

b. prožívání:

- Podobně jako u mentální anorexie se objevuje nadměrné zaobírání se tvarem těla nebo hmotností, které má významný vliv na vlastní sebehodnocení (WHO, 2019).

c. prožívání:

- „Vzorec záchvatovitého přejídání a nevhodného kompenzačního chování způsobuje významné obtíže a významné narušení osobních, rodinných, sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání nebo jiných důležitých oblastech fungování.“ (WHO, 2019, sekce „Mentální bulimie“)

Pro stanovení této diagnózy nesmí jedinec splňovat diagnostická kritéria pro mentální anorexii. Na rozdíl od kritérií mentální anorexie není u mentální bulimie stanovena kritéria dopadů na tělo. Tato diagnostická kategorie také není nijak dále členěna (WHO, 2019).

DSM-5 předkládá opět shodná diagnostická kritéria. Dále rozlišuje dle fáze uzdravy mentální bulimii v částečné remisi nebo v úplné remisi. Diagnosticky také

rozlišuje míru závažnosti onemocnění na mírnou, střední, závažnou a extrémní (Raboch et al., 2015).

1.5 Záchvatovité přejídání

Záchvatovité přejídání je v MKN-11 řazeno pod kódem 6B82. Dle povahy symptomů lze jednotlivá diagnostická kritéria rozdělit stejně jako u mentální bulimie na rovinu chování, prožívání a dopadů na život:

a. chování:

- „Porucha záchvatovitého přejídání je charakterizovaná častými opakujícími se epizodami záchvatovité konzumace potravy (např. jednou týdně nebo častěji po dobu několika měsíců). Epizoda záchvatu přejídání je zřetelné časové období, během něhož jedinec zažívá subjektivní ztrátu kontroly nad jídlem, jí významně více nebo jinak než obvykle a není schopný přestat jíst nebo omezit druh nebo množství konzumovaného jídla.“ (WHO, 2019, sekce „Záchvatovité přejídání“)

b. prožívání:

- „Záchvatovité přejídání je prožíváno jako velmi stresující a je často doprovázeno negativními emocemi, jako je pocit viny nebo znechucení.“ (WHO, 2019, sekce „Záchvatovité přejídání“)

c. prožívání:

- „Vzorec záchvatovitého přejídání způsobuje významné obtíže a významné narušení osobních, rodinných, sociálních vztahů, ve vzdělávání, v zaměstnání nebo jiných důležitých oblastech fungování.“ (WHO, 2019, sekce „Záchvatovité přejídání“)

Stejně jako u mentální bulimie není ani u záchvatovitého přejídání stanovena kritéria dopadů na tělo. Daná diagnostická kategorie také není dále nijak členěna (WHO, 2019).

DSM-5 podobně jako u předchozích onemocnění rozlišuje diagnózu dle fáze úzdravy na záchvatovité přejídání v částečné remisi nebo v úplné remisi. Diagnosticky také rozlišuje míru závažnosti onemocnění na mírnou, střední, závažnou a extrémní.

Míra závažnosti je stanovena v závislosti na počtu epizod přejídání v průběhu týdne, přítomnosti jiných symptomů a mírou funkčního postižení (Raboch et al., 2015).

2 Odborná léčba poruch příjmu potravy

Pro porozumění toho, jakým způsobem osoby s PPP se systémem odborné péče interagují (a jaké jsou konkrétní bariéry a facilitátory v této interakci), je důležité nejprve porozumět samotnému systému odborné péče. Tato kapitola popisuje možnosti odborné pomoci, které jsou osobám s PPP k dispozici. Uvádí základní principy a podobu průběhu specializované léčby. V podkapitole 2.1. je blíže představen koncept multidisciplinární péče a role jednotlivých odborníků. Podkapitola 2.2. se zaměřuje na podoby léčby dle úrovně intenzity péče. Podkapitola 2.3 se věnuje paradoxu léčby a popisuje charakter interakcí osob s PPP s profesionály a poskytovateli odborné péče.

Navzdory komplexním a širokým klinickým projevům, které jsou s PPP spojeny, existují účinné psychoterapeutické intervence (Kass et al., 2013; Wilson et al., 2007; Treasure et al., 2020). Výzkumy zároveň ukazují na limity současné léčby. Spočívají zejména v její nízké dostupnosti, kdy potřeba léčby výrazně převažuje nad dostupností zdrojů pro poskytování specializované péče. Objevuje se také kritika toho, že vhodné léčebné strategie jsou sice vyvíjeny ve výzkumných prostředích, ale již nejsou zavedeny plošně do prostředí běžné lékařské péče a klinických služeb (Kass et al., 2013; Wilson et al., 2007).

Současná odborná literatura předkládá určitý vzor **obecného a doporučeného postupu léčby PPP** založené na důkazech (Lock, 2019; Mehler, 2022; Hilbert et al., 2017; Crone et al., 2023). Ten by měl proběhnout následujícím způsobem:

- Začíná ve chvíli, kdy pacient či jeho rodina vyhledají odbornou pomoc.
- Pokračuje tím, že dojde k rozpoznání nemoci a PPP je diagnostikována.
- Dále následuje nastavení individuální plánu dalšího postupu dle psychických i fyzických potřeb nemocné osoby.
- V rámci dalšího plánování léčby se rozhoduje o zapojení dalších odborníků do léčby a také o stupni a míře její intenzity.

Většina současných doporučených postupů léčby konzistentně doporučuje ambulantní podobu odborné péče jako první volbu. Částečná nebo plná hospitalizace je individuálně doporučována pacientům, u kterých ambulantní forma podpory selhává

nebo hrozí riziko vážných zdravotních komplikací. V léčebných postupech je zdůrazňována nutnost zapojení specializovaných odborníků, kteří se na spolupráci s osobami s PPP zaměřují a mají v této oblasti dostatečné zkušenosti. Všechny postupy zdůrazňují psychoterapii jako klíčovou oblast léčby. Vzhledem k tomu, že PPP negativně zasahují jak psychické, tak fyzické zdraví, je doporučeno, aby léčbu vedli odborníci ve spolupráci v multidisciplinárním týmu. (Hilbert et al., 2017). Tento tým se typicky skládá z lékařů (nejčastěji praktický lékař a psychiatr, případně specialisté jako internisté, gastroenterologové, kardiologové, gynekologové, endokrinologové apod.), psychoterapeutů a nutričních terapeutů (Mehler, 2022). Konkrétní složení týmu, blízkost spolupráce jeho členů a celkově způsob spolupráce odborníků jsou různé dle individuálních potřeb pacientů a dle dané úrovně intenzity péče. Jiné bude složení a míra spolupráce týmu např. v případě ambulantní léčby a v případě hospitalizace.

Zejména v případě mentální anorexie je v první fázi úzdravy prioritou stabilizace fyzického zdravotního stavu (srdeční rytmus, krevní tlak, obnovení hmotnosti). Toho bývá dosaženo zaměřením se na dovýživu a změnami v rovině chování: zvýšením příjmu energie a zároveň omezením fyzické aktivity a výdeje energie. Zvýšení příjmu je preferováno v podobě pevné stravy, pokud to však není možné, jsou využívány tekuté doplňky stravy, např. nutridrinky. Pokud i toto není možné, bývají v rámci hospitalizační péče používány nasogastrické sondy (Lock, 2019).

U osob s mentální anorexií i mentální bulimií je v průběhu úzdravy v různé míře (dle individuální potřeby a fáze léčby) monitorované a kontrolované stravovací chování s cílem zamezit nebezpečnému jednání a zároveň normalizovat a dodržovat běžné stravovací návyky. Pokud je klient po stránce fyzického zdraví stabilizovaný, bývá hlavní léčebnou metodou zmiňovaná psychoterapie. U dětí a dospívajících je doporučená rodinná forma terapie, která může být přínosná i u mladých dospělých. U dospělých se častěji volí individuální forma psychoterapie (Lock, 2019).

V kontextu odborné péče je důležité dát váhu také svépomoci nebo edukativní intervenci. Pro většinu pacientů není svépomoc jako jediný způsob léčby dostačující. Tyto zákroky mohou ale postačovat ke značnému zlepšení symptomů u určité podskupiny klientů, kteří jsou v preklinické fázi nemoci, nebo mají relativně mírné

a méně závažné příznaky nemoci. U těchto klientů se může jednat o úsporné a užitečné intervence (Krch, 2005).

2.1 Multidisciplinární tým

Praktický nebo dětský lékař bývá nejčastěji prvním kontaktem pro nemocného. Až 50 % případů PPP je diagnostikováno při návštěvě primárního lékaře (Striegel-Moore et al., 2008). Kapitola 2.3. této práce podrobněji popisuje paradox využívání lékařské péče, kdy nemocní intenzivněji využívají lékařskou péči v souvislosti se symptomy nemoci, ale samotné PPP nejsou diagnostikovány a léčeny (Hart et al. 2011). Z tohoto důvodu je kladen důraz na rozvoj programů zacílených na zvýšení informovanost a erudovanost praktických a dětských lékařů ohledně diagnostiky a léčby PPP. Např. Akademie pro poruchy příjmu potravy vydala lékařskou příručku, která se zaměřuje na kritické body pro včasné rozpoznání nemoci, komplexní posouzení a diagnostiku, dále uvádí kritéria pro indikaci hospitalizace a popisuje možná zdravotní rizika v průběhu lékařské péče o osoby s PPP (Academy for Eating Disorders, 2021).

Kromě včasného záchytu nemoci, diagnostiky a doporučení dalšího postupu léčby je praktický či dětský lékař důležitou součástí multidisciplinárního týmu po celou dobu údravy. Jeho zodpovědností je zejména posouzení, monitorování a nastavení léčebného postupu zaměřeného na fyzické potíže a symptomy spojené s PPP. Rozsah, s jakým jsou lékaři zapojeni do léčby, závisí na povaze a míře pacientových zdravotních potíží, a také na úrovni léčby. Pacienti s nejzávažnějšími formami onemocnění (BMI nižší než 15 či významné potíže v rámci vnitřního prostředí) mohou vyžadovat zejména v prvních fázích údravy každodenní lékařskou péči. Praktický lékař by měli ve vhodnou chvíli doporučit péči specialisty (internisté, gastroenterologové, kardiologové, gynekologové, endokrinologové apod.) a v případě potřeby indikovat hospitalizaci pacienta. Vzhledem k povaze onemocnění je důležité, aby byli lékaři edukováni v oblasti psychosomatických potíží. Lékařské zákroky by měly být uvážlivé a poskytované společně s psychologickými intervencemi, které pomohou pacientům zvládat fyzické nepohodlí a úzkosti spojené se zákroky (Mehler, 2022).

Psychiatr je zodpovědný zejména za oblast medikace a nastavení psychofarmakologické léčby. Je doporučeno, aby pacienti s PPP podstoupili psychiatrické vyšetření a diagnostiku co nejdříve v začátku léčby. Míra podpory ze

strany psychiatra, nastavení medikace a intenzita léčby je pak určena rozsahem a komplexitou psychických potíží (Mehler, 2022). V současnosti neexistuje univerzální postup medikace pro PPP, který by byl obecně uznávaný. Doporučení odborníků se v této oblasti značně liší (Hilbert et al., 2017). Důkazy ale podporují využití medikace pro zmírnění jiných psychických potíží, které se často vyskytují zároveň s PPP. Do této kategorie patří např. deprese, úzkosti a OCD. V případě, že je přístup k psychiatrické péči komplikovaný nebo nemožný (demografické podmínky, dlouhé čekací doby), může psychiatra v nastavení psychofarmakologické léčby zastoupit praktický lékař. K tomuto přesunu kompetencí může dojít i opačným směrem - někteří psychiatři jsou o lékařské péči o pacienty s PPP více informováni a ochotni převzít zodpovědnost i za péči o fyzický zdravotní stav pacienta. Výjimkou bývají pacienti s nejtěžšími formami onemocnění a závažnou zdravotní nestabilitou. Někteří psychiatři poskytují také psychotherapeutickou podporu. Frekvence kontaktu a délka sezení v této situaci může být větší, opět s ohledem na povahu poskytované psychotherapie (Mehler, 2022).

Psychotherapeut je klíčovým odborníkem pro samotnou specializovanou léčbu. Hilbert et al. (2017) ve svém systematickém review klinických směrnic pro léčbu PPP uvádí, že většina směrnic považuje psychotherapii za ústřední součást léčby. Mezi cíle psychotherapie obecně patří pomoci pacientovi začít měnit jeho chování, postoje, a rozvíjet smysl pro vlastní identitu bez nemoci tak, aby se plně a smysluplně zapojil do života (Mehler, 2022). Léčba poruch příjmu potravy by měla kromě normalizace běžných stravovacích návyků adresovat také psychologické faktory jako je strach z nárůstu váhy a zkreslené vnímání vlastního těla (Crone et al., 2023). Některé terapeutické přístupy se zaměřují na přeměnu dysfunkčních myšlenek a přesvědčení, zatímco jiné pomáhají pacientů obtížné myšlenky přijímat a změnit způsob, jakým se k nim vztahují, čímž se zmírňuje jejich dopad. (Mehler, 2022). Různé zdroje uvádí množství individuálních terapeutických směrů, které se k léčbě PPP využívají. U dětí a dospívajících je doporučena rodinná forma terapie, která může být přínosná i u mladých dospělých. U dospělých se poté častěji volí individuální forma psychotherapie. Hilbert et al. (2017) uvádí, že většina posuzovaných směrnic pro léčbu PPP doporučuje v individuální spolupráci kognitivně behaviorální terapii jako směr první volby. Jako alternativní možnosti se objevují psychodynamická a interpersonální psychotherapie.

Terapie může být poskytována psychiatrem, klinickým psychologem, psychologem, nebo sociálním pracovníkem. Stejně jako u předchozích odborníků je v rámci spolupráce důležité prvotní posouzení stavu pacienta na začátku léčby, které slouží k nastavení dalšího postupu spolupráce, frekvence a způsobu poskytování terapie.

Nutriční terapeuti jsou důležitou součástí multidisciplinárního týmu. Jejich intervence směřují k nutriční rehabilitaci a stabilizaci fyzického zdraví skrze behaviorální změny v oblasti stravování. Tyto změny jsou prioritou zejména v počátku léčby a jejím nutným prvním krokem. Cílem nutriční terapie je normalizovat u pacientů běžné stravovací vzorce, zmírnit nebezpečné stravovací chování spojené s PPP a stabilizovat tělesnou hmotnost. Součástí léčby je prvotní fyzické vyšetření složení těla: nutriční anamnéza a somatometrická vyšetření. Následuje stanovení cílů léčby v oblasti nutričních hodnot a fyzického stavu pacienta, kdy bývá určeno také rozmezí cílové hmotnosti. Tyto cíle jsou nastaveny nejen s ohledem na současné vyšetření, ale také s ohledem na předchozí hodnoty a jejich vývoj v čase před nemocí. Do úvahy se bere také např. etnický původ pacienta. V průběhu dosahování stanoveného cíle jsou nutriční terapeuti zodpovědní za sestavení stravovacího plánu a jeho uvedení do praxe. Stravovací plány jsou navrženy ve spolupráci s pacientem tak, aby zajistily energetické potřeby a zároveň poskytly strukturovaný plán zavádění potravin, kterých se pacient s PPP bojí a vyhýbá se jim. Vzhledem k závažnosti a komplexitě symptomatiky u poruch příjmu potravy je u nutričních terapeutů vyžadováno další rozšířené vzdělávání v této oblasti. Důležitá je také klinická supervize jejich práce. Pro nutriční terapeuty je důležité znát nejen psychické aspekty PPP, ale orientovat se také v oblasti specifických fyziologických změn a nutričních nedostatků, ke kterým může v průběhu PPP docházet (Mehler, 2022).

Zdravotní sestry se do systému péče o pacienta více zapojují v případě lůžkové péče. Čím více se zvyšuje potřeba intenzivní lékařské péče, tím více je potřeba soustavného dohledu nad pacientem. Zdravotní sestry a další zdravotnický nelékařský personál (např. psychiatričtí technici, asistenti zdravotních sester) jsou zodpovědní za celodenní celkový dohled nad pacientem a zajištění jeho zdravotní bezpečí. Z velké části jsou zodpovědní za realizaci léčebného a psychiatrického plánu podáváním předepsaných léků. V mnoha případech se také aktivně podílejí na monitorování

jídelního chování a supervizi při podávání jídla. V některých zařízeních mohou participovat na vedení skupinových terapií (Mehler, 2022).

Sociální pracovníci mohou mít v multidisciplinárním týmu roli prostředníka a mediátora mezi odborníky z odlišných disciplín, rodinou a pacientem. Jejich role důležitá zejména ve dvou momentech. Prvním je úvodní setkání pacienta s odborným týmem a druhým je přechod z lůžkové do domácí péče. Pokud léčba probíhá ve spolupráci multidisciplinárního týmu, poskytují sociální pracovníci při prvním setkání s rodinou nebo pacientem poradenství a potřebné informace, které pomáhají konceptualizaci PPP a vytvoření představy ohledně dalšího postupu léčby. V situaci propuštění pacientů z lůžkové péče je zodpovědností sociálních pracovníků plánování průběhu propuštění, pomáhání v přípravě ke znovuzачlenění pacienta do komunity (návrat do práce nebo do školy, obnovení společenských a rekreačních aktivit) a zprostředkování služeb nezbytných pro úplné uzdravení a prevenci relapsu. Důležitým aspektem psycho-socio-edukativních intervencí sociálních pracovníků je také podpora příbuzných a pečovatелů o osoby s PPP (Frieiro et al., 2022).

2.2 Úrovně péče dle její intenzity

Již bylo zmíněno, že většina současných doporučených postupů léčby doporučuje jako první volbu ambulantní podobu péče. Intenzivnější formy péče jsou doporučovány v případě, kdy ambulantní forma podpory selhává nebo se objevuje riziko vážných zdravotních komplikací. Riziko lze stanovit na základě pacientovy váhy (např. extrémně nízký index tělesné hmotnosti), behaviorálních faktorů (např. pokles perorálního příjmu potravy), vitálních funkcí (např. nízká srdeční frekvence), nebo environmentálních aspektů (např. nedostatečná podpora rodiny v domácí péči). U pacientů s výraznou podvýživou může dojít k povinné léčbě i ve chvíli, kdy s ní pacienti nesouhlasí (Hilbert et al., 2017).

Lock (2019) v publikaci pro pracovníky ve zdravotnictví a v sociálních službách rozlišuje úrovně forem odborné péče dle její intenzity takto (vzrůstající intenzita):

- ambulantní péče
- intenzivní ambulantní péče
- stacionární programy (částečná nemocniční léčba)

- pobytová léčebná centra
- psychiatrická hospitalizace
- hospitalizace zaměřená na fyzickou stabilizaci

Ambulantní léčba zahrnuje pravidelné setkávání s výše zmiňovanými odborníky multidisciplinárního týmu.

Intenzivní ambulantní programy poskytují terapeutické intervence, které obvykle trvají 3-4 hodiny denně během pracovního týdne. Tato forma péče pacientům umožňuje zapojení do školního nebo pracovního režimu, možnost času stráveného s rodinou a spánek v běžném domácím prostředí. Pacient také nadále zůstává v kontaktu s běžnými stresory, které na něj působí v přirozeném prostředí. Toto umožňuje s podporou týmu uvádět do praxe změny jídelního chování i v přirozeném prostředí, ve kterém není přítomná zvýšená vnější kontrola a monitorování ze strany druhých osob. Léčba tak cílí nejenom na změny ve stravovacích návycích, ale také na změny domácího prostředí a změny copingových strategií jedince při zvládnání každodenního stresu (Lock, 2019).

Stacionární programy (částečná nemocniční léčba) poskytují podobnou podporu skrze skupinové terapie a zaměření na změnu stravovacích návyků. Léčba je realizována skrze celodenní léčebné pobyty, ze kterých se jedinci vrací na konci dne zpět domů. Vyšší intenzitou tak neumožňuje zapojení do studijního a pracovního procesu, zůstává ale možnost času stráveného s rodinou a spánek v domácím prostředí (Lock, 2019).

Pobytová léčebná centra jsou vhodná pro pacienty, jejichž zdravotní i psychický stav je stabilizovaný, ale nadále potřebují zvýšenou strukturu a podporu k tomu, aby byli schopni udržet zdravé stravovací návyky. Pacienti v léčebných centrech pobývají i přes noc. Pobyt je vhodný po delší dobu (30, 60, 90 a více dní). Léčba zahrnuje podporu stravování, individuální, skupinovou psychoterapii a případně rodinnou terapii, a terapeutické vycházky, které mají pacienta připravit na návrat do běžného prostředí. Přestože se pacientům často daří stravovací návyky stabilizovat, nevýhodou bývá návrat do nemoci a riziko relapsu při návratu do běžného života (Lock, 2019).

Hospitalizace na psychiatrickém oddělení je indikována ve chvíli, kdy je zdravotní stav pacienta stabilizovaný (pracoviště často uvádí konkrétní hodnoty

minimálního BMI), ale jeho psychické zdraví je závažněji ohroženo. Objevují se např. sebevražedné myšlenky, akutní odmítání potravy nebo nekontrolovatelné kompenzace jídla. Tato péče vyžaduje ze strany personálu výrazně zvýšené monitorování stravovacích návyků (Lock, 2019).

Hospitalizace na somatickém oddělení je indikována ve chvíli, kdy je ohroženo fyzické zdraví pacienta a v krajním případě může dojít k jeho ohrožení na životě. Pacienti mohou v takovou chvíli potřebovat urgentní lékařské intervence. Je nutné intenzivněji monitorovat jejich fyziologické funkce, např. sledovat srdeční činnost nebo častěji provádět laboratorní testy a posuzovat stav vnitřního prostředí. Vedle primárního cíle stabilizovat fyzické zdraví je průběh hospitalizace zaměřen na změnu jídelního chování pacientů. Cílem je zamezit kompulzivnímu cvičení a zároveň zavést, udržovat a normalizovat běžné stravovací návyky. Nejčastěji se jedná o systém tří pevně daných jídel (snídaně, oběd, večeře) a dvou až tří svačin mezi nimi. Podpora pravidelného stravování má u pacientů posílit schopnost naslouchat vodítkům hladu a sytosti, vyhnout se nutkání jídlo omezovat, zabránit přejídání a jeho kompenzacím. Fyzická aktivita je omezená do doby, kdy jsou životní funkce stabilizovány (Lock, 2019).

2.3 Komplexní péče v České republice

V České republice existuje několik pracovišť, která se na léčbu PPP specializují a poskytují odbornou podporu v multidisciplinárním týmu.

Co se týče lékařské péče, jako první specializované pracoviště pro léčbu PPP v ČR vzniklo Centrum pro diagnostiku a léčbu poruch příjmu potravy v Praze při Psychiatrické klinice 1. LF UK a VFN. Dětsí a adolescentní pacienti jsou léčeni v Praze na Dětské psychiatrické klinice ve FN Motol. Jednotky pro PPP existují při olomoucké psychiatrické klinice a na Psychiatrické klinice v Brně. Specializovaná pracoviště často nabízí zároveň ambulantní a lůžkovou péči. Pouze Centrum pro poruchy příjmu potravy v Praze nabízí také léčbu formou stacionáře (Papežová, 2010).

Centra zaměřená na léčbu poruch příjmu potravy vznikají také mimo zdravotnický systém. Mezi odborníky zahrnuté v přímém multidisciplinárním týmu tak chybí lékař. Jako příklad takové organizace lze uvést např. Centrum pro psychoterapii a výživu ANOCEN nebo Centrum Anabell. V obou centrech působí multidisciplinární tým

složený z terapeutů, sociálních pracovníků a nutričních terapeutů (Centrum podpory zdraví, 2023; Centrum Anabell, nedatováno). Je však na konkrétních organizacích, do jaké míry spolupráci s lékaři u svých klientů vyžadují nebo podporují, a zda s lékaři a nemocnicemi aktivně spolupracují.

Mimo tato pracoviště neexistuje ucelený systém multidisciplinární péče a spolupráce mezi odborníky. Nevýhodou je tak nižší dostupnost specializovaných pracovišť, která jsou zřízena pouze v některých regionech s výraznou centralizací v Praze a Brně. Pacienti mají běžně možnost využít služby odborníků v rámci systému zdravotnictví péči i v soukromých praxích. Mimo specializované ambulance je však zodpovědností každého odborníka, zda na další možnosti a jiné formy odborné pomoci klienty odkáže. Dá se také předpokládat, že spolupráce mezi odborníky v tomto případě nebude úzká a budou s klientem spolupracovat spíše každý jednotlivě, než v týmu a ve vzájemné komunikaci.

Centrum Anabell se v ČR dlouhodobě snaží o podporu multidisciplinární spolupráce. Kromě služeb zaměřených na samotnou léčbu PPP (služby následné péče, spolupráce s psychology a nutričními terapeuty) poskytují na pobočkách také registrovanou službu odborného sociálního poradenství. Tato služba je cílená jak na osoby s PPP, tak na jejich blízké. Služba je poskytována i v podobě online konzultací, čímž se zvyšuje její dostupnost napříč regiony ČR. V rámci této služby jsou klienti v několika sezeních edukováni o procesu údravy z PPP a o možnostech odborné pomoci, která je jim doporučena. Klienti jsou v průběhu spolupráce motivováni k vyhledání navazující odborné pomoci a jsou jim předány kontakty na odborníky dle jejich místa bydliště. Z důvodu možných delších čekacích dob poskytují konzultanti v Centru Anabell obdobné informace také telefonicky v rámci sociální služby telefonické krizové intervence a po e-mailu prostřednictvím internetové poradny (Centrum Anabell, nedatováno). Centrum Anabell se také aktivně snaží o podporu multioborové spolupráce formou přednášek, besed a depistáží v nemocnicích, na školách, mezi nutričními poradci, trenéry apod. (Edu-Anabell, 2023). Dále také podporuje mezioborovou spolupráci tvorbou metodologických materiálů volně dostupných na stránkách (Centrum Anabell, 2023).

2.4 Paradox využívání lékařské péče

Tato kapitola popisuje charakter interakce osob s PPP se systémem odborné péče, popisuje tzv. paradox využívání lékařské péče a věnuje se tématu včasného zachytu nemoci.

Výzkumy ukazují na to, že jedinci s PPP využívají služby v systému zdravotní péče ve větší míře, než zdravá populace (Hart et al. 2011). Přes tento fakt ale není velké části této osob v průběhu jejich využívání lékařské péče PPP diagnostikována, nebo i po doporučení ze strany lékařského personálu nevyužijí další možnosti specializované odborné léčby. Pacienti s PPP se tak nachází v paradoxní situaci, kdy jsou s lékařskou péčí v častějším kontaktu, ale zároveň se jim nedostává léčba specificky zacílená na úzdravu z PPP (Hart et al. 2011).

Tento paradox poukazuje na možné nedostatky v nastavení systému péče, který nedostatečně zachytává potřebné pacienty. Ve chvíli, kdy pouze malá část potřebných osob vyhledá pomoc, léčebná a rehabilitační zařízení pouze velmi nedokonale naplňují svůj účel a své cíle. Současně tento rozpor poukazuje na možné nedostatky ve zjištěních výzkumů zacílených na metody léčby PPP, do nichž je zahrnuta pouze ta část pacientů, která specializovanou pomoc vyhledala (Hart et al. 2011).

2.4.1 Zvýšené využívání lékařských služeb

Co se týče zvýšeného využívání zdravotních služeb, Ogg. et al. (1997) uvádí signifikantně vyšší počet konzultací osob s PPP u praktického lékaře v období pěti let před diagnostikování nemoci (v porovnání s populací bez PPP). Jako témata konzultací popisují symptomy různého charakteru, zejména psychického, gastrointestinálního a gynekologického (Ogg et al., 1997). Podobně Striegel-Moore et al. (2008) ve výzkumu spočívajícím v analýze lékařských záznamů zjistili, že pacienti s PPP využívali v porovnání s populací bez PPP častěji služby ve všech sektorech lékařské péče, a to v období rok před i rok po stanovení diagnózy. Kromě návštěv praktického lékaře a psychiatra ve zvýšené míře využívali telefonických konzultací, specializované zdravotní péče a urgentní zdravotní péče. Autoři v diskuzi výzkumu nabízí dvě možná vysvětlení zvýšeného využívání širokého záběru lékařských služeb. Na jedné straně zmiňují možnou snahu pacientů o řešení komorbidních potíží

a zdravotních problémů, na druhé straně poukazují na možnou snahu pacientů zajistit si lékařskou péči bez nutnosti přiznat PPP sobě nebo poskytovateli zdravotní péče (Striegel-Moore et al., 2008).

Přestože v porovnání s kontrolní skupinou bylo využívání péče u pacientů s PPP častější, bližší zaměření na míru využívání služeb ve zmíněném výzkumu naznačuje, že léčba cílená na PPP není využívána dostatečně. Toto lze odvodit např. z průměrného počtu sezení cílených na léčbu psychického zdraví (psychologické poradenství, terapie), kde pacienti v průměru využili pouze 4-5 konzultací (Striegel-Moore et al., 2008).

2.4.2 Nevyužívání specializované pomoci

Množství osob s PPP, které odbornou pomoc vyhledají, se ve výzkumech liší. Hart et al. (2011) překládají systematické review analyzující výzkumy zjišťující míru vyhledání odborné pomoci u osob s PPP. Zaměřuje se na zjištění toho, jaký podíl jedinců s diagnostikovatelnými PPP vyhledá formální a odpovídající léčbu (tedy takovou, která je specializovaná a zacílená na zmírnění příznaků PPP). Systematické přezkoumání zahrnuje 14 výzkumů s celkem 1 581 participanty. Výsledky naznačují, že procento osob s PPP, které nevyhledají nebo nevyužijí odbornou pomoc, se nachází mezi 67 % až 83 % případů. Souhrnný podíl osob, které léčbu vyhledaly, je 23.2 %. Tento podíl má zároveň velmi výraznou variabilitu. Pohybuje od 0 % u studie zaměřené na dívky na středních školách (Meyer, 2001), po 52 % ve studii zaměřené na ženy s potížemi se záchvatovitým přejídáním (Cachelin et al., 1999). Souhrnný podíl může být ovlivněn tím, že zahrnuté výzkumy se lišily např. v oblastech věku participantů a typu poruch příjmu potravy (zahrnuté byly mentální anorexie a mentální bulimie, ale také záchvatovité přejídání a nespecifické poruchy příjmu potravy) (Hart et al., 2011).

V souladu s výše uvedenými výzkumy je ve skupině osob, které podporu vyhledaly, vyšší podíl těch, které nevyhledaly specializovanou pomoc s cílem léčby PPP. Podíl osob, které léčbu vyhledaly konkrétně s cílem zaměřit se na řešení potíží s tělesnou hmotností (které mohou být domnělé), se pohybuje v závislosti na konkrétních studiích v rozmezí od 30% do 73% (Hart et al., 2011).

Podobně se ve výzkumech liší také množství osob, které nad samotným vyhledáním odborné pomoci uvažují. Např. Cachelin et al. (2001) uvádí 14,8 % respondentek

(dospělé ženy s etnicky minoritním původem s PPP), které nad vyhledáním odborné pomoci neuvažují, přestože splňují diagnostická kritéria. Meyer (2001) naproti tomu uvádí 44 % respondentek (adolescentní dívky s PPP), které o vyhledání odborné pomoci nemají zájem. Hart et al. (2011) ve zmiňované systematické studii uvádí, že tento poměr je závislý kromě demografických faktorů také na tom, jakým způsobem studie při dotazování respondentů definují samotné vyhledání pomoci. Nejširší pojetí mnohdy zahrnuje i možnosti svépomoci, kdežto úzké vymezení definuje odbornou pomoc jako specializovanou psychoterapii. Studie s nejužším vymezením daného významu vykazují nejnižší poměr pacientů, kteří nad vyhledáním odborné pomoci uvažují. Naopak v případech širěji definované podpory o ni uvažuje více respondentů.

Dalším zkoumaným aspektem je míra poskytnutí odborné pomoci ve chvíli, kdy mají pacienti s PPP o specializovanou léčbu zájem. Hart et al. (2011) ve své systematické studii shrnují výsledky pěti studií, které se zaměřují na rozdíl mezi vyhledáním odborné pomoci a jejím získáním. Všechny zahrnuté studie v různých mírách uvedly, že většina respondentů s PPP věřila tomu, že potřebuje odbornou pomoc, část se jí rozhodla vyhledat a učinila potřebné aktivní kroky, ale pouze menšina ji získala. Např. ve výzkumu Cachelin et al. (2001), který se zaměřuje na zkušenosti etnicky minoritních žen s PPP, mělo 85,2 % respondentek o léčbu zájem, 57 % respondentek aktivně kontaktovalo poskytovatele odborné péče, a pouze 8 % respondentek získalo specializovanou podporu zaměřenou na léčbu PPP. Mnoho z žen, které vyhledaly podporu pro PPP, bylo přesto léčeno primárně pro potíže s váhou (Cachelin et al., 2001).

Důležitý je také časový horizont, ve kterém osoby s PPP odbornou pomoc vyhledají. Austin et al. (2021) předkládají systematické review zaměřené na délku uplynulého času mezi počátkem diagnostikovatelné nemoci a začátkem její specializované léčby, tzv. DUED - „Duration of Untreated ED“. Vážený průměr této doby se ve výzkumech pohyboval kolem 2,5 roku u mentální anorexie, 5 let u mentální bulimie a 6 let u záchvatovitého přejídání.

2.4.3 Včasný záchyt onemocnění

Pro úspěšnost léčby je důležitý včasný záchyt onemocnění a zkrácení délky neléčené nemoci. Včasný záchyt je definován jako detekce onemocnění v co

nejčasnějším okamžiku diagnostikovatelné poruchy, která je následovaná zahájením specifické, individuálně zaměřené a cílené evidence-based léčby, která je dále přizpůsobována potřebám nemocného a probíhá tak dlouho, jak je nutné a účinné. V mnoha oblastech zdravotní péče vede včasná intervence k léčbě, která přináší lepší a nákladově efektivnější výsledky (McGorry et al., 2018). Současné výzkumy předkládají důkazy toho, že včasný záchyt také u PPP může zlepšit výsledky a zároveň snížit náklady procesu léčby (Austin et al., 2022).

Austin et al. (2021) předkládají možnou konceptualizaci včasného záchytu onemocnění pro PPP a zároveň zdůrazňují, že výzkumy ohledně včasné intervence u PPP jsou v současné chvíli teprve na začátku poznání, jakým způsobem lze DUED u pacientů zkrátit. Popisují dosud největší program výzkumu včasné intervence u PPP - „First Rapid Early Intervention for Eating Disorders“ (FREED) realizovaný ve Spojeném království. Daný program cílí na mladé dospělé (18-25 let) a upravuje průběh léčby individuálně potřebám dané demografické skupiny. Část programu se vztahuje k nemocným s cílem posílit jejich motivaci vyhledat pomoc. Primární zaměření je ale na odborníky v první linii systému péče. Jeho cílem je posílení co nejvčasnějšího doporučení z primární péče a zkrácení čekacích dob v rámci specializovaných služeb. Stanovený cílový čas jsou 2 týdny od doporučení k posouzení a 4 týdny od doporučení do začátku léčby. V rámci evaluace byla prokázáno signifikantní snížení doby k posouzení i k zahájení léčby a zkrácení DUED o 4-6 měsíců. FREED program také vedl k významným zlepšením v přijímání léčby pacienty a ve výsledcích samotné léčby.

3 Faktory související s vyhledáním pomoci

Tato kapitola blíže popisuje faktory, které dle dostupné literatury a aktuálních výzkumů ovlivňují proces vyhledání odborné pomoci u osob s PPP. Nejprve stručně shrnuje dosud identifikované bariéry zabraňující vyhledání pomoci a v protikladu k nim facilitátory pozitivně ovlivňující tento proces. V dalších podkapitolách jsou pak detailněji popsány vybrané, nejčastěji se vyskytující faktory.

3.1 Nejčastější bariéry

Bariéry ve vyhledání pomoci zkoumali tři systematická review, ze kterých tato práce čerpá (Ali et al.,2017; Innes et al.,2017; Regan et al.,2017). V systematickém review Ali et al. (2017) je zahrnuto třináct relevantních výzkumů: osm kvalitativní povahy, tři kvantitativní a dva smíšené. Většina zpracovávaných výzkumů pochází z USA a byla realizována mezi lety 2001-2015. Většina popisuje zkušenosti dospělých žen s mentální anorexií, mentální bulimií, záchvatovitým přejídáním a jinými, nespecifickými formami PPP. V tomto systematickém review se vynořuje patnáct témat, identifikovaných jako bariéry ve vyhledání odborné pomoci. Tato témata ilustruje tabulka na následující stránce:

| Bariéry ve vyhledání pomoci | četnost tématu (n=13) |
|---|--------------------------------------|
| Stigma a stud | 11 |
| Popírání, neschopnost vnímat reálnou závažnost onemocnění | 9 |
| Praktické překážky, např. finanční náklady a čas, péče o děti | 8 |
| Nízká motivace ke změně, strach ze ztráty kontroly a strach ze změny | 8 |
| Negativní postoj k léčbě, strach a nedůvěra k léčbě, vnímaná inkompetence odborníků | 7 |
| Nedostatek podpory a pochopení ze strany okolí pacienta | 6 |
| Nedostatek vědomostí ohledně zdrojů pomoci | 4 |
| Nedostupnost léčby | 4 |
| Soběstačnost v léčbě | 3 |
| Neschopnost druhých pomoc poskytnout | 3 |
| Nedostatečná gramotnost v oblasti duševního zdraví a tématu PPP | 2 |
| Využití alternativních zdrojů podpory | 2 |
| Předchozí negativní zkušenost s léčbou | 2 |
| Starost o druhé a obavy o ně v souvislosti s vyhledáním léčby | 1 |
| Komorbidity s jiným psychickými onemocněními (deprese, úzkost) | 1 |

Tabulka 1: Bariéry ve vyhledání pomoci u osob s PPP dle Ali et al. (2017)

Innes et al. (2017) v analýze jedenácti výzkumů identifikují méně bariér, které jsou ale obsahově shodné s výše uvedenými. Jedná se o:

- stigma a stud
- nízkou úroveň gramotnosti v oblasti duševního zdraví
- vnímanou nízkou potřebnost léčby
- nízkou motivaci, strach ze změny
- neužitečné předchozí zkušenosti s léčbou

- omezenou dostupnost služeb (např. striktní vstupní kritéria služby) a jejich cenu

Podobně Regan et al. (2017) v analýze jedenácti výzkumů identifikují čtyři šířeji definované bariéry, a to:

- pocity studu a strachu
- přesvědčení ohledně nemoci a její vnímání (např. vnímání, že nemoc není závažná, nepředstavuje “reálný problém”, je nejlepší je řešit na vlastní pěst)
- nedostatečný přístup k možnostem odborné pomoci a jejich nedostupnost (finanční důvody, nedostatek znalostí ohledně léčebných postupů, nedostatek snadno dostupných nebo vhodných terapeutických programů)
- nevyhovující aspekty léčebného procesu (nedostatek kompetentních poskytovatelů léčby, příliš přísná vstupní kritéria léčby, lepší dostupnost jiných zdrojů než odborné pomoci)

Tato zjištění jsou v souladu s výsledky systematického review zaměřeného obecněji na bariéry ohledně vyhledání pomoci u mladých osob s psychickými potížemi (Gulliver et al., 2010). V něm se objevují podobná témata, nejčastěji stud související se stigmatem psychických nemocí, potíže s identifikovaným symptomů duševního onemocnění, obavy související s vlastnostmi a schopnostmi poskytovatelů péče a nedůvěra v ně, vnímaná soběstačnost a nezájem o odbornou pomoc (Gulliver et al., 2010).

3.2 Nejčastější facilitátory

Tématu facilitátorů při vyhledání odborné pomoci u osob s PPP se věnovala dvě systematická review, ze kterých práce vychází (Ali et al.,2017; Regan et al.,2017). Obě uvádí, že studií, které by se specificky zaměřovaly na vnímané facilitátory, je v porovnání se studii zaměřenými na bariéry výrazně méně. Facilitátory mohou být vymezeny negativním způsobem jako nedostatek nebo odstranění bariér (Regan et al.,2017). Toto může vysvětlit daný nepoměr - zaměření na bariéry může být snazší v konceptualizaci a zkoumání, než zaměření na jejich nedostatek. Jiný způsob konceptualizace faktorů je rámuje jako související s konkrétními faktory osobními nebo systémovými, např. předcházející pozitivní zkušenost s léčbou (Regan et al.,2017).

Ali et al (2017) do systematického review zahrnuly šest studií zaměřených na vnímané facilitátory vyhledání odborné pomoci. Všechny zastoupené studie byly kvalitativní povahy. Z review se vynořilo deset identifikovaných facilitátorů vyhledání odborné pomoci:

| Facilitátory ve vyhledání pomoci | četnost tématu (n=6) |
|---|-----------------------------|
| Přítomnost dalších psychických problémů a vnímaná emocionální zátěž | 6 |
| Zdravotní problémy | 5 |
| Obavy ohledně tělesné hmotnosti | 4 |
| Povzbuzení ze strany rodiny a přátel | 3 |
| Obavy ohledně stravování | 3 |
| Vnímaná závažnost symptomů | 2 |
| Touha po úzdavě | 1 |
| Body image | 1 |
| Přístup ke službám | 1 |
| Zasahování potíží do životních rolí | 1 |

Tabulka 2: Facilitátory vyhledání pomoci u osob s PPP dle Ali et al. (2017)

Regan et al. (2017) ve svém systematickém review analyzovali pouze dva výzkumy kvalitativní povahy, které se zaměřovaly specificky na facilitátory vyhledání podpory. Participantů obou studií popisovali velmi podobný soubor faktorů, mezi které patřily:

- osobní obavy o váhu, stravování, nebo zdraví
- vnímaná závažnost stavu
- emocionální úzkost
- podpora a povzbuzení od přátel nebo rodiny k vyhledání pomoci
- praktické facilitátory (flexibilní pracovní doba, cena služeb)

Na daných datech lze vnímat negativní vymezení facilitátorů a zároveň jejich přímý kontrast s vnímanými bariérami, např.:

- facilitátor „přístup ke službám“ jako protiklad bariéry „praktických překážek“
- facilitátor „touha po úzdravě“ jako protiklad bariéry „nedostatek motivace“
- facilitátor „vnímaná závažnost symptomů“ jako protiklad bariéry „popírání závažnosti nemoci“

Následující podkapitoly blíže popisují nejčastěji identifikované faktory, a to jak bariéry ve vyhledání odborné pomoci, tak facilitátory tohoto procesu. Nejprve je popsáno široké téma stigmatu PPP. Dále jsou popsány faktory osobní a psychologické: popření nemoci a vnímaná závažnost, motivace ke změně, jiné psychické potíže a emoční distres. Navazující podkapitoly se věnují faktorům souvisejícím se systémem: praktické překážky a míra dostupnosti léčby, povědomí o možnostech léčby a zdrojích pomoci, postoj k léčbě a vliv předchozích zkušeností, a jako poslední téma je popsána míra podpory ze strany okolí.

3.3 Stigma, stud a trivializace nemoci

Stigma a stud je identifikováno jako bariéra vyhledání pomoci ve všech zahrnutých systematických review (Ali et al., 2017; Innes et al., 2017; Regan et al., 2017). V systematickém review od Ali et al. (2017) je uvedeno jako nejčastěji zmiňovaná bariéra, která byla popsána v jedenácti ze třinácti zkoumaných výzkumů. Jako podtémata autoři stanovují tyto kódy: stigma; diskriminace; poruchy příjmu potravy nejsou duševním onemocněním; nechci, aby o nemoci ostatní věděli (Ali et al., 2017).

Téma destigmatizace se ve zmiňovaných review zaměřených na facilitátory vyhledání odborné pomoci neobjevuje, což je zajímavé vzhledem k výrazné roli stigmatu jako bariéry.

Výzkumy ukazují, že stigmatizace osob s PPP se objevuje na mnoha společenských úrovních. Stigmatizující náhledy na nemoc jsou prokázány v populaci adolescentů (Mond & Marks, 2007), univerzitních studentů (Roehrig & McLean, 2010) a obecně příslušníků běžné populace (Holliday et al., 2005; Griffiths et al., 2013; McLean et al., 2014). Prokázáno je také self-stigma u samotných osob s PPP (Maier et al., 2014, O'Connor et al., 2021). Stigmatizující názory se objevují také mezi lékaři

a zdravotnickými pracovníky (Fleming & Szmukler, 1992). Kurdak et al. (2023) prezentují v analýze výzkumných trendů a vzorců postupnou stoupající tendenci v množství publikací zaměřených na vztah stigmatu PPP a primární lékařské péče (praktický a dětský lékař). V dané literatuře ale není téma stigmatu v prominentním postavení a navzdory stoupající tendenci autoři uvádí nadále nedostatečné množství takto zaměřených výzkumů, které nepostačuje ke komplexnímu pochopení dané problematiky (Kurdak et al., 2023).

Téma stigmatu a destigmatizace je důležité v kontextu všech duševních potíží. I u obecně definovaných psychických problémů je stigma a sebestigma identifikováno jako nejčastěji se objevující překážka vyhledání pomoci (Gulliver et al., 2010).

Crisp et al. (2000) ve výzkumu zaměřeném na stigma duševních nemocí uvádí, že osoby s PPP obecně přitahují méně negativních názorů než osoby s jinými duševními nemocemi (hluboká deprese, panické ataky, schizofrenie, demence, alkoholová a drogová závislost). Jsou v menší míře vnímané jako nebezpečné pro ostatní a nevyzpytatelné. Zároveň jsou ve větší míře vnímané jako zodpovědné za své onemocnění. Podobné výsledky předkládají Roehrig & McLean (2010), kteří zjišťovali míru stigmatu mentální anorexie, mentální bulimie a deprese mezi studenty psychologie. Výsledky tohoto výzkumu ukazují vyšší stigma PPP ve třech kategoriích:

- Větší vnímaná míra zodpovědnosti nemocného za své onemocnění.
- Větší vnímaná míra toho, zda nemocný využívá onemocnění k získání pozornosti.
- Větší vnímání toho, jak „křehký“ je daný člověk.

Dané výstupy odpovídají obsahu stigmatizujících přesvědčení o osobách s PPP napříč výzkumy. Osoby s PPP jsou často hodnoceny jako samy zodpovědné za své onemocnění a objevuje se přesvědčení, že za nemocí je snaha o získání pozornosti (Griffith et al., 2015; Ali et al., 2017).

V souvislosti se stigmatem je důležité zmínit také rozšířenou trivializaci PPP. Roehrig & McLean (2010) zjistili, že většina respondentů vyjádřila obdiv k dané osobě prezentovaného případu PPP ohledně její schopnosti kontrolovat příjem jídla a cvičit každý den. Autoři toto zjištění rámuji v kontextu celospolečenského přesvědčení, že

většina lidí může a měla by kontrolovat svou tělesnou hmotnost a vzhled svého těla. V tomto kontextu mohou být PPP vnímány pouze jako extrémní formy tohoto celospolečensky uznávaného úsilí. Respondenti vykazovali tendenci ignorovat nebo minimalizovat závažnost onemocnění a některé jeho symptomy (zvracení, zneužívání laxativ, extrémní restriktce, dopady na fyzické zdraví jedince), a vnímat schopnost kontrolovat jídlo a cvičení izolovaně od samotné nemoci.

Výzkumy obecně ukazují na tendenci PPP a jejich symptomy trivializovat. Holliday et al. (2005) uvádí zjištění, že laická veřejnost v porovnání s nemocnými osobami nadhodnocuje schopnost nemocných kontrolovat symptomy své nemoci. Taktéž oproti nemocným osobám i objektivním faktům nadhodnocuje úspěšnost a efektivnost léčby a vnímá uzdravu s neúměrným optimismem jako snadno dosažitelnou. Podobně Crisp et al. (2000) uvádí, že více než třetina respondentů souhlasila s tvrzením, že se lidé s PPP mohou „dát sami dohromady“, a možnost uzdravy byla vnímána jako velmi pravděpodobná. Toto je v souladu se zkušenostmi osob s PPP, u kterých byly symptomy jejich onemocnění nerozpoznané, nesprávně interpretované, nebo zcela odmítnuté a označené jako běžné a sociálně uznávané chování spojené se starostmi ohledně vlastního vzhledu a tělesné hmotnosti (Becker et al., 2010).

Stigma nemoci může působit jako překážka ve vyhledání pomoci různými způsoby. Většina respondentů ve studii Becker et al. (2010) uvádí, že vyhledání pomoci negativně ovlivnilo jimi vnímané společenské stigma a předpokládané sociální ztráty spojené s přiznáním nemoci. Kvůli nim se léčbě vyhnuli, odložili jí, nebo omezili míru, s jakou své symptomy v rámci léčby odhalili. Obavy se týkaly např. toho, že jejich symptomy budou vnímány jako „slabost“, „nedostatek v charakteru“, přinesou hanbu nebo zklamání rodině nebo vyústí v trvalou negativní nálepku duševní choroby. Ali et al. (2017) identifikovali jako jeden z důvodů nevyhledání odborné pomoci také vlastní negativní přesvědčení ohledně nemoci a self stigma. Zde se opět objevují např. přesvědčení, že vyhledání podpory je důkazem slabosti, nebo že PPP nejsou skutečná duševní onemocnění. Velká část výzkumů zahrnutých v této rešerši uvádí jako bariéru vyhledání pomoci pocitu studu a hanby ohledně vlastního onemocnění (Ali et al., 2017).

Důležitým tématem v oblasti stereotypů, trivializace a potenciálně stigmatizujících názorů ohledně PPP je časté a mylné přesvědčení, že osoby s PPP nemohou být vážně nemocní bez vizuálně rozpoznatelných fyzických symptomů nemoci (zejména v oblasti tělesné hmotnosti). Tyto osoby mohou být okolím, blízkými (blízkými a odborníky) považovány za „ne dostatečně nemocné“ a míra bagatelizace nemoci může být vyšší. To je spojené s pozdějším vyhledáním odborné pomoci, pozdějším záchytem nemoci a jejím delším trváním. Ve skutečnosti může být míra závažnosti stejná nebo i vyšší jak v oblasti psychické zdraví, behaviorálních vzorců stravovacího chování, tak i v oblasti fyzických dopadů na zdraví (Eiring et al., 2021).

Vzhledem k výrazné roli stigmatu jako překážky ve vyhledání odborné pomoci, širokému celospolečenskému rozšíření stigmatizujících názorů a konkrétním obsahům stigmatizujících přesvědčení lze předpokládat, že stigma nemoci může více či méně souviset s dalšími bariérami vyhledání pomoci. Konkrétně např. stigma trivializace nemoci, přesvědčení, že je osoba sama zodpovědná za nemoc a že jednoduché nemoc zvládnout vlastními silami může velmi blízce souviset s popíráním závažnosti vlastního onemocnění, pocitem soběstačnosti při zvládání nemoci, nebo s nepochopením nebo nedostatečnou podporou ze strany okolí. Celospolečenské stigma pak může souviset s nedůvěrou vůči odborníkům či s negativní zkušeností s léčbou.

3.4 Popření a vnímání závažnosti nemoci

Téma popření a zkresleného vnímání závažnosti nemoci se vynořuje jako významná bariéra ve dvou ze tří zahrnutých systematických review (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017). Ve třetím výchozím review (Innes et al., 2017) není tento faktor uveden, ale je možné, že se částečně promítá do tématu vnímané nízké potřeby léčby, kterou review identifikuje jako bariéru. Spojení mezi vnímanou závažností nemoci a vnímanou potřebou léčby potvrzují další výzkumy (Fabry et al., 2023). Ali et al. (2017) toto téma nachází v devíti ze třinácti analyzovaných výzkumů. Jako podtémata identifikují: popření; neschopnost vnímat závažnost; nedostatečné povědomí o své nemoci.

Jako facilitátory vyhledání podpory se ve výchozích zdrojích objevují kategorie vnímané závažnosti symptomů a vnímané závažnosti celkového stavu (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017).

Studie naznačují, že osoby s PPP nemusí nutně považovat své potíže za problematické, a nemají proto dostatečný důvod k vyhledání odborné pomoci (Ali et al. 2017). Tomuto přispívá tendence osob s PPP srovnávat se s ostatními nemocnými, přičemž často věří tomu, že symptomy druhých jsou závažnější, než jejich vlastní (Akey et al., 2013). Fabry et al. (2023) dále potvrzují výraznou roli popření závažnosti nemoci a nadhodnocení schopnosti zvládnout nemoc vlastními silami v rozhodnutí nevyhledat odbornou pomoc, a to i za předpokladu, že jedinec má jinak k tématu vyhledání odborné pomoci pozitivní postoj.

Popsaná popření závažnosti nemoci do jisté míry odráží celospolečenský stigmatizující pohled na PPP zmiňovaný v předchozí kapitole 3.3. V něm jsou PPP na celospolečenské úrovni trivializovány, je minimalizována jejich závažnost a zároveň nadhodnocena schopnost nemocných kontrolovat symptomy své nemoci a vyléčit se svépomocí. Vysvětlit celý mechanismus popření stigmatem PPP a self-stigmatem by však bylo nedostatečné a zkratkovité.

Vandereycken (2006) ve své práci analyzuje dostupnou literaturu a detailněji popisuje charakter a základní mechanismus popření nemoci u osob s PPP. Rozděluje při tom dvě kvalitativně odlišné kategorie a roviny popření:

- a. Neúmyslné popření, které zahrnuje různé formy zkresleného zpracování informací. Může být známkou neurobiologicky narušeného vnímání sebe sama a své nemoci (anosognosie), zkresleného vnímání reality podobného stavu psychózy, disociativním fenoménem, nebo obranným mechanismem. V tomto smyslu lze o popření spíše uvažovat jako o bariéře zabráňující vyhledání pomoci.
- b. Záměrné popírání nebo odmítání sebeodhalení a odhalení problémů (předstírání, že je vše v pořádku, manipulace s jídlem, lhaní). Motivací za tímto chováním může být snaha vyhnout se odhalení a strach z jeho následků nebo zvýšená potřeba sebe-determinace a kontroly nad svou situací. V tomto smyslu lze o popření spíše uvažovat jako o doprovodném jevu v rozhodnutí pomoc nevyhledat.

Na tomto detailnějším popisu procesu popření lze vidět souvislost s dalšími faktory bránícími ve vyhledání odborné pomoci, konkrétně se strachem ze ztráty kontroly (faktor ovlivňující míru motivace ke změně) a vnímané soběstačnosti ve zvládnání potíží.

Vandereycken & Van Humbeeck (2008) dále v navazující studii zkoumají zpětně zkušenosti pacientů s PPP s popřením v prvních fázích vznikající nemoci. Více než polovina respondentů (n = 401) uvádí, že si v začátcích onemocnění neuvědomovala abnormalitu svého chování. Cca jedna třetina respondentů si abnormalitu svého chování uvědomovala, ale nepřiznala potíže okolí a pokračovala v chování, aniž by podnikla kroky k jeho změně. 80 % respondentů uvedlo, že konfrontace s informacemi ohledně možných zdravotních rizik jejich chování na ně neměla žádný vliv. Popsané reakce zahrnují lhostejnost, minimalizaci („není to tak zlé“) nebo optimismus („u mě to tak daleko nedojde, mě se to nestane“). Mnoho z nich mělo znalosti ohledně tématu PPP, ale neaplikovalo je na svou vlastní zkušenost. Zde se opět objevuje porovnávání závažnosti onemocnění s ostatními („pacienti s PPP jsou na tom mnohem hůře než já“). U nemocných se také objevuje tendence zneužívat dostupné informace o PPP a při porovnání s druhými je využívat k obraně a podepření přesvědčení, že je jedinec zdravý.

3.5 Motivace ke změně

Nízkou motivaci ke změně identifikují jako bariéru ve vyhledání pomoci dvě ze tří výchozích systematických review (Ali et al., 2017; Innes et al., 2017). Ali et al. (2017) tuto bariéru nachází v osmi ze třinácti zkoumaných výzkumů. Pojmenovávají podtémata této kategorie: strach ze ztráty kontroly, nízká motivace ke změně, pozitivní aspekty nemoci.

Jako facilitátor je touha po úzdavě v jednom ze dvou výchozích zdrojů identifikována, ale pouze v jednom ze šesti analyzovaných výzkumů (Ali et al., 2017). Jedná se opět o kontrast a nepoměr v tom, jak často se téma negativní motivace objevuje v roli bariéry a téma pozitivní motivace v roli facilitátora.

Ali et al. (2017) popisují dva konkrétní faktory, které ústí v nízkou motivaci k léčbě. Jedná se o strach ze ztráty kontroly nad svou nemocí a strach ze změny. Studie zahrnuté v tomto systematickém review blíže přibližují některé konkrétní podoby strachu ze změny související s nízkou motivací k úzdavě. Např. Hepworth & Paxton

(2007) u pacientek s mentální bulimií identifikují téma obavy z přibírání váhy během léčby. Leavey et al. (2011) v kvalitativní studii popisují zkušenosti pacientů kliniky pro léčbu PPP, kteří svou nemoc vnímají jako copingovou strategii. Pod strachem ze změny se u nich skrývá strach ze ztráty pozitivních aspektů nemoci a důležitého copingového mechanismu. Nemoc pomáhá v roli mechanismu, kterým se pacienti mohou odpoutat a vzdát se od prožívání náročných emocí (deprese, úzkost, stres, pocity nízkého sebevědomí a "defektnosti"). V jiném aspektu se nemoc objevuje v reakci na prožívanou bezmoc jako důležitý prostředek získání pocitu kontroly nad sebou, svým tělem a celkově nad svým životem. V tomto ohledu plní nemoc také roli potvrzení a rozvíjení vlastních kompetencí a „mistrovství“, které je v protikladu s nízkým sebevědomím v jiných oblastech. Může také sloužit jako způsob sebepotrestání. Představa léčby v sobě implicitně obsahuje nutnost vzdát se potřeby trestat se, potřeby mít nad tělem kontrolu, a nutnost čelit vlastním pocitům. V tomto se osobám s PPP jeví jako příliš radikální a významně odlišná od jejich současného prožívání sebe a svého života. Participanté také uvádí, že se nemoc stala důležitou součástí jejich osobní identity. Život bez nemoci se jim může zdát nepředstavitelný, nemoc poskytuje pocit struktury a smyslu. Ztráta lešení a podpory, kterou PPP představuje, je vnímána jako ohrožující. Reyes-Rodriguez et al. (2013) v souladu s tímto kontextem identifikovali jako bariéru k vyhledání léčby strach osob s PPP ohledně toho, že na změnu nejsou zatím připraveni.

Gulliksen et al. (2015) v kvalitativní studii zpětně zkoumají vnímání nemoci u žen léčených pro PPP během jejich prvního rozhovoru s odborníkem. Uvádí, že ani jedna z participantek (n = 34) neměla při svém prvním setkání s odborníky vysokou motivaci nebo úmysl změnit symptomy své nemoci. Motivace ke změně byla nízká bez ohledu na to, zda bylo setkání iniciováno rodinou, blízkými, odborníkem, nebo samotnými participanty. Motivace byla také nízká bez ohledu na míru uvědomování si nemoci.

Toto zjištění nabízí možné spekulativní vysvětlení toho, proč se motivace ke změně neobjevuje jako častější facilitátor při vyhledání odborné pomoci. V samotném procesu může být motivace spíše ambivalentní nebo zcela nepřítomná a i ve chvíli, kdy působí jako bariéra, tak vyhledání podpory facilitují jiné faktory.

V souladu s těmito zjištěními reflektují Kass et al. (2013) skutečnost, že zejména mezi pacienty se závažnou a přetrvávající mentální anorexií nemusí léčba zaměřená na zotavení odpovídat připravenosti pacientů na změnu a může vést k předčasnému ukončení léčby.

3.6 Jiné psychické a fyzické potíže

V systematickém review od Ali et al. (2017) se faktor komorbidit s jinými psychickými potížemi objevoval jako bariéra vyhledání odborné pomoci v jednom ze třinácti analyzovaných výzkumů. Jedná se o jediný faktor, který se objevil ve stejné podobě zároveň jako bariéra i facilitátor vyhledání pomoci.

Daný faktor se jako facilitátor vyhledání pomoci objevoval výrazně častěji. Téma přítomnosti dalších psychických problémů a vnímané emocionální zátěže bylo zmíněno v obou výchozích studiích (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017). V review od Ali et al. (2017) se objevoval jako nejčastěji zmiňovaný facilitátor vyhledání odborné pomoci ve všech šesti zahrnutých studiích.

Jako druhý významný facilitátor vyhledání pomoci se objevovalo téma fyzických potíží a starosti o zdraví. Bylo opět zmiňované v obou výchozích studiích (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017) a v review od Ali et al. (2017) se objevilo v pěti ze šesti analyzovaných výzkumů.

Respondenti v zahrnutých studiích uvádí, že komorbidní potíže s duševním zdravím u nich vedly k touze zmírnit depresivní symptomy a tímto podpořily motivaci vyhledat odbornou podporu (Ali et al., 2017). Hepworth & Paxton (2007) popisují širší téma emočního distresu, které ve výpovědích respondentů často souviselo s tématem vnímané ztráty kontroly a strachem z této situace.

Téma psychických a fyzických potíží nejenom jako facilitátorů, ale i jako hlavních hybatelů vyhledání odborné pomoci dále rozvádí Gulliksen et al. (2015). Jejich výzkum vnímání nemoci u žen léčených s PPP během jejich prvního rozhovoru s odborníkem je již zmíněný ve výše uvedené kapitole Motivace ke změně. Autoři v něm došli k zjištění, že ani jedna z participantek neměla při prvním rozhovoru s odborníkem vysokou motivaci ke změně a k úzdavě. Následně identifikují tři rozdílné kategorie vnitřní motivace pro vyhledání podpory u daných respondentek. Jako první uvádí „přání stát se

lepší anorektičkou“, které vyjádřily zejména klientky s mentální bulimií. Respondentky si přály zbavit se nežádoucích aspektů nemoci (přejídání a následující kompenzace), ale zároveň si ponechat pozitivní aspekty, kontrolu nad stravováním a udržení si nízké váhy. Jako druhé je uvedeno přání „cítit se méně depresivně“. Respondentky si kromě zmírnění negativních pocitů přejí mít v životě jiný smysl než neustálé kontroly jídla. I zde se objevuje přání změnit konkrétní negativní aspekt nemoci, ale ponechat si nemoc samotnou a její pozitivně vnímané aspekty. Stejně koncipovaný je i třetí důvod „snížit somatické obavy“. Tyto pacientky se na odborníky obrátily s fyzickými potížemi (bolesti žaludku, infekce, pocity závratě nebo únavy) a často měly malé povědomí o vlastní nemoci (Gulliksen et al., 2015).

Tato zjištění navazují na předchozí kapitulu Motivace ke změně také v reflexi nastavení léčebných programů a na kritiku některých aspektů léčby zaměřené na zotavení. Gulliksen et al. (2015) dochází k závěru, že léčba zaměřená na zmírnění depresivních symptomů může pomoci v budování terapeutické aliance a tímto podpořit motivaci pacientů s PPP k vyhledání specializované péče a k setrvání v léčebném procesu. Zdůrazňují důležitost tohoto faktoru zejména v fázi prvních rozhovorů s odborníky, které nemocným s PPP představují další průběhu odborné spolupráce a její možné výstupy. Podobně Kass et al. (2013) navrhuje, že přístup cílící spíše na delší udržení pacientů v léčbě a zlepšení kvality jejich života, než na úzdravu z nemoci nebo stabilizaci tělesné hmotnosti, by mohl více odpovídat potřebám nemocných a míře jejich připravenosti na změnu. Autoři odkazují na experiment (Touyz et al., 2013), který potvrzuje, že takto zaměřená léčba postupně zlepšuje sociální přizpůsobení pacientů, zmírňuje symptomy PPP a zvyšuje jejich připravenost ke změně. Pomáhá také udržet vyšší podíl pacientů v odborné spolupráci, než léčba zacílená na zotavení.

Na závěr této podkapitoly je důležité zmínit studii, ve které byla komorbidita více psychických potíží vnímána ne jako motivátor, ale naopak jako bariéra ve vyhledání pomoci. Respondenti v tomto výzkumu zmiňovali symptomy deprese a úzkosti, které jim bránily obecně ve vycházení z domu, pečování o sebe a v jakékoliv jiné aktivitě, a tím pádem znemožňovaly také aktivity v oblasti aktivního hledání podpory (Leavey et al., 2011). Jedná se tedy o stejný faktor, ale jiný způsob, jakým na jedince a jeho motivaci v dané chvíli působí.

3.7 Praktické faktory a dostupnost léčby

Praktické překážky se v určitých podobách objevují jako bariéra ve vyhledání pomoci ve všech třech zahrnutých systematických review (Ali et al., 2017; Innes et al., 2017; Regan et al., 2017). Ali et al. (2017) identifikovali mezi praktickými bariérami na straně osob s PPP zejména náklady a cenu odborné péče, dále pak dopravu a čas. Podtématy této kategorie jsou: cena; doprava; nepohodlí a nepříjemnost; čas; péče o děti.

Jako další téma identifikovali systémové překážky v podobě nedostupnosti léčby. Regan et al. (2017) rozlišují mezi kategorií nedostatečného přístupu k možnostem odborné pomoci, ke které přispívají jak osobní faktory (finanční důvody, nedostatečná znalost možností pomoci), tak faktory systémové (nedostatek snadno dostupných nebo vhodných terapeutických programů) a mezi faktory nevyhovujícího léčebného procesu a aspektů dostupných služeb (příliš přísná vstupní kritéria, lepší dostupnost jiných zdrojů pomoci, příliš dlouhé čekací doby, příliš krátké a málo efektivní léčebné programy). Praktické facilitátory přístupu ke službám (flexibilní pracovní doba, cena služeb) se objevily v obou systematických review (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017). Zároveň Ali et al. (2017) uvádí, že praktické facilitátory byly zmíněny pouze v jednom ze šesti zahrnutých studií, což je opět zajímavé v porovnání s častějším výskytem těchto témat ve funkci bariér.

Téma praktických faktorů jako bariér ve vyhledání pomoci je v souladu s výzkumy ohledně bariér vyhledání pomoci u duševních potíží obecně. Gulliver et al. (2010) upozorňují zejména na rizika nedostupnosti péče zvláště v rurálních oblastech (USA), kde může být pro nemocné osoby náročné najít zdroj pomoci, který by byl dostatečně blízko a dostupný.

Kvantitativní studie Becker et al. (2010) blíže popisuje zkušenosti s vyhledáním odborné pomoci osob s PPP a zaměřuje se na prožívání u etnicky minoritních osob v USA. Ve studii obě skupiny (jak osoby z etnických minorit, tak kontrolní skupina osob majority) uvádí, že finanční a geografická omezení měla negativní vliv na dostupnost péče. Konkrétně tyto potíže zmínilo 55 % žen z majority a 33 % žen etnické minority. Ve výpovědích se objevuje kritika nedostatku specializované péče zaměřené na léčbu PPP, kritika nedostatečné délky poskytnutých konzultací (např. jedna

z respondentek uvádí konzultace v délce 15 min) a fakt, že velká část dostupné péče není krytá pojištěním.

3.8 Znalosti ohledně zdrojů pomoci

Nedostatečná míra vědomostí ohledně zdrojů pomoci byla identifikována jako bariéra v systematickém review Ali et al (2017). Jako podtémata v této kategorii jsou uvedena: neznalost zdrojů; nedostatek vědomostí ohledně toho, jak o pomoc a přístup k ní požádat.

Ali et al. (2017) také uvádí jako jinou samostatnou bariéru téma nedostatečná gramotnosti v oblasti duševního zdraví a tématu PPP. Tuto bariéru identifikuje také review od Ines et al (2017).

Opět je zajímavé, že v oblasti vnímaných facilitátorů se témata větší vědomosti ohledně zdrojů pomoci a gramotnosti v oblasti duševního zdraví neobjevují.

Účastníci studií uvádí, že nedostatek povědomí ohledně toho, kam se obrátit a jaké typy odborné pomoci existují, byl překážkou v tom pomoc vyhledat (Ali et al., 2017). Tato zjištění jsou konzistentní s výzkumy zaměřenými na duševního zdraví obecně. Ty potvrzují negativní vliv nízké gramotnosti v oblasti duševního zdraví a znalosti dostupných léčebných postupů na vyhledání pomoci (Rickwood et al., 2007).

Je důležité toto porovnat s výše zmíněnými výzkumy v kapitole 3.4. Popření a vnímání závažnosti onemocnění. Ty popisují opačné situace, kdy pacienti s PPP znalosti ohledně nemoci a možností jejich řešení mají, ale neaplikují je na vlastní zkušenost, nebo je přímo zneužívají. V případě zneužívání mohou znalosti o nemoci využívat k zakrývání onemocnění a argumentací podporovat přesvědčení, že se u nich o nemoc nejedná. Informace ohledně projevů PPP také mohou využívat k získání dalších strategií nemocného chování (Vandereycken & Van Humbeeck, 2008).

3.9 Postoj k léčbě a předchozí zkušenost s léčbou

Negativní postoj k léčbě identifikovalo jako častěji se objevující bariéru ve vyhledání pomoci (uvedenou v sedmi ze třinácti výzkumů) pouze jedno systematické review (Ali et al., 2017). Jako podtémata v daném faktoru byly popsány tyto faktory: strach a pochybnosti ohledně léčby; osobnostní charakteristiky poskytovatelů léčby.

Mezi negativně vnímané charakteristiky u poskytovatelů patřily např. jazyková bariéra, nebo nedostatek odborníků se stejným etnickým původem jako je osoba vyhledávající pomoc.

Předchozí negativní zkušenosti byly v tomto review zmíněné jako méně četné (uvedeno ve dvou ze třinácti), zároveň je ale zmiňovalo i systemické review od Innes et al. (2017).

Přístup ke službám se v oblasti facilitátorů objevil pouze v jednom ze systematických review a byl zmíněný pouze v jednom ze šesti výzkumů (Ali et al., 2017).

Téma negativního postoje k léčbě a předchozích negativních zkušeností spolu úzce souvisí. Akey et al. (2013) blíže popisují charakter obav a převládající skepse ohledně kvality a účinnosti podpory, které by se respondentům při vyhledání odborné pomoci dostalo. Uvádí, že některé obavy jsou založené na spekulacích a předpokladech, jiné ale reagují na předchozí negativní zkušenosti. Přestože někteří zdravotní pracovníci v případě potřeby doporučují klienty z primární péče do specializovaných služeb, jiní pokračují v péči o pacienty s nedostatečným vzděláním v oblasti léčby PPP. To z pohledu respondentů mnohdy vyústilo v nedostatečné výsledky léčby, kdy lékaři např. neadresovali psychické komponenty nemoci nebo oblast nutričního poradenství. Negativní zkušenosti měli u respondentů jednoznačný vliv na motivaci vyhledat opakovaně odbornou podporu. Leavey et al. (2011) popisují podobné zkušenosti respondentů, kdy odborné služby nedokázaly reagovat na jejich potřeby a řešit komplexitu potíží. Popisují blahosklonný a povýšenecký přístup ze strany odborníků, nedostatek snahy porozumět individuální situaci a reagovat na hlubší psychické potíže související s PPP. Dále uvádí nabízení “rychlých řešení” v podobě medikace nebo edukace ohledně stravování. V reakci na to byli respondenti zklamaní a ztratili důvěru v to, že by odborné služby mohly být v budoucnu nápomocné. Tato skepse se u respondentů mnohdy rozšířila a zobecnila na veškeré odborné služby.

Gulliksen et al. (2015) předkládají hlubší analýzu zpětné reflexe pacientů na jejich první interakci s odborníkem. Někteří respondenti popisují negativní zkušenost, která dále negativně ovlivnila jak jejich vnímanou naději na uzdravu, tak jejich postoj k odborné pomoci. V souvislosti s výše zmíněnými tématy (nedostatek motivace

k léčbě, popření nemoci a její závažnosti) se během nebo bezprostředně po rozhovoru s odborníkem objevuje vztek a pocit „chycení v pasti“ v reakci na vnímanou ztrátou autonomie a kontroly. Respondenti popisující negativní zkušenost také vnímali, že je odborník nebere vážně a nerespektuje je. Uvádí, že lékaři nevnímali jako důležitá témata, o kterých chtěli mluvit. Popisují blahosklonný přístup ze strany odborníků a pocit, že s nimi mluví jako s dítětem“. Respondenti se v těchto interakcích cítili hloupě a styděli se za sebe. Dále se v negativních zkušenostech objevují pocity zklamání spojené s tím, že má daný odborník ohledně PPP a její léčby pouze omezené znalosti. Vnímali, že odborník neví, jak situaci řešit, nebo jejich potíže minimalizuje.

Respondenti, kteří naopak vnímali první interakci s odborníkem pozitivně, popisují vnímání toho, že je odborník „bere vážně“: přistupuje k nim s respektem, nesoudí je, dostává se jim pozitivní zpětné vazby a autentické pozornosti. Dále vnímali pozitivní pocit bezpečí a opečování, související se stylem komunikace odborníka. Jako další pozitivní aspekt pacienti identifikovali dostatečné znalosti daného odborníka v oblasti poruch příjmu potravy. Ve chvíli, kdy měl odborník adekvátní znalosti, cítili se v problému méně sami. Díky tomuto přístupu byli dále otevřenější vůči následující léčbě (Gulliksen et al., 2015).

Téma postoje k odborníkům se ve výzkumech opakovaně objevoval v kontextu zkušeností klientů z etnické menšiny. Úzce souvisel s tématem praktických překážek a nedostupnosti péče, která by byla dostatečně senzitivní k původu daných osob (téma též popsané v kapitole 3.7. Praktické faktory a dostupnost léčby). Obecné téma předsudků ohledně osob s menšinovým etnickým pozadím se v současných výzkumech ohledně duševního zdraví dostává do popředí. Ukazuje se jako důležité nejenom v kontextu vyhledání odborné pomoci, ale také během procesu diagnostiky a samotné léčby (Alí et al., 2017). Např. Becker et al. (2010) popisují zkušenosti respondentů afroamerického původu, u kterých byly symptomy PPP lékaři zamítnuty s přesvědčením, že PPP se afroamerické populace netýká. Lékaři nevěřili popisovaným symptomům, protože dané osoby nespádaly do stereotypního obrazu pacientů. Respondenti také uvádí nedostatek zájmu na straně lékařů o pochopení kulturní rozdílnosti v projevech nemoci a specifického vztahu nemoci k dané etnické identitě. Tento vztah je přitom klíčový vzhledem k tomu, že samotná diagnostická kritéria PPP

závisí na daných kulturních normách a zvyklostech. Dané negativní zkušenosti u těchto respondentů posílili negativní motivaci k vyhledání další pomoci (Becker et al., 2010).

V závěru této podkapitoly je důležité opět zmínit výše uvedený výzkum (Fabry et al., 2023), který popisuje výraznou roli jiných bariér i za předpokladu, že má jedinec k vyhledání pomoci a k odborníkům jinak pozitivní postoj.

3.10 Podpora ze strany okolí

Téma nedostatku podpory a pochopení ze strany okolí pacienta identifikovalo jako bariéru ve vyhledání pomoci systematické review od Ali et al. (2017). Jako podtémata této bariéry jsou uvedena: nedostatek podpory ze strany rodiny; nedostatek porozumění ze strany vrstevníků; neochota druhých poskytnout pomoc; vlastní pocit nemocných, že s nemocí nemůže nikdo nic udělat.

V oblasti facilitátorů se podpora a povzbuzení od přátel a rodiny k vyhledání služby objevilo v obou zahrnutých systematických review (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017).

Wacker (2018) popisuje, že nedostatek podpory ze strany rodiny se může projevit jako neochota zapojit se do hrazení péče a zdravotního pojištění, neochota pomoci s vyhledáním a nastavením vhodné léčby a neochota účastnit se na procesu léčby.

Téma podpory okolí se ukazuje jako důležité zejména u dospívajících a mladých dospělých, kteří obvykle nejsou zodpovědní za aktivní řízení vlastní zdravotní péče a mohou v tomto ohledu být více závislí na svém bezprostředním sociálním okolí. Tyto zdroje tak mohou mít velký vliv na proces hledání další odborné podpory (Mond et al., 2007). Studie ukazují, že zatímco starší respondenti (33-45 let) ze vzorku zdravé populace častěji uvádí praktického lékaře jako první osobu, které by se svěřili s potížemi (v tomto výzkumu konkrétně mentální bulimie), mladší respondenti (18-32) častěji jmenovali člena rodiny nebo blízkého kamaráda (Mond et al., 2004).

Akey et al. (2013) blíže popisují důvody, proč nemocní váhají se svěřením se se svou nemocí. Podobně jako u vyhledání odborné pomoci uvádí, že některé obavy nemocných ohledně sdílení s okolím vznikají jako jejich domněnky, jiné již v reakci na předchozí negativní zkušenosti. Nemocní popisují strach z toho, že okolí nebude vnímat závažnost situace a bude nemoc bagatelizovat. Tato obava úzce souvisí se zmiňovaným stigmatem a stereotypy ohledně PPP. U některých respondentů byl tento strach

umocněn tím, že se jejich nemoc neprojevovala závažným úbytkem tělesné hmotnosti. Respondenti také uvádí obecnou nedůvěru v to, že jim jejich okolí bude schopné poskytnout podporu a zapojit se do řešení vážnějších problémů jakéhokoliv druhu. V poslední řadě respondenti uvádí, že i pokud se okolí a rodina chtěli zapojit do řešení potíží, často neměli dostatečné znalosti a trénink k tomu, aby byla podpora vnímaná jako smysluplná a účinná.

Důležitým tématem je také zmiňovaný pocit nemocných, že s nemocí nemůže nikdo nic udělat. Holliday et al. (2005) uvádí, že jedním z aspektů vnitřního prožívání mentální anorexie může být obecně vyšší nedůvěra v potenciální úzdravu a tím pádem i nedůvěra a negativní náhled na možné výsledky zapojení se do odborné léčby. Ve výzkumu popisují, že osoby s PPP mají tendence vnímat ve vztahu k sobě menší míru kontroly nad událostmi ve vnějším světě, což může dále oslabovat jejich vnímanou naději a důvěru ve změnu. Tento aspekt tak úzce souvisí s vnitřní motivací daných osob.

Wacker (2018) se ve svém výzkumu zaměřuje na podporu z okolí jako facilitátor vyhledání pomoci v předklinických stádiích nemoci. Uvádí, že bezpečné a blízké vztahy mají pozitivní vliv na rozhodnutí vyhledat léčbu a zároveň na individuální posílení nemocného člověka v tom potíže zvládnout. Ve výzkumu zdůrazňuje polaritu studu a stigma proti otevřenosti a sdílení. Uvádí, že osoby s větší pravděpodobností odhalí zranitelná témata pokud ví, že se setkají s pochopením, otevřeností a neodsuzováním. Respondenti popisovali, že samotná upřímnost ohledně jejich symptomů vedla k jejich zmírnění - zčásti proto, že jim sdílení pomohlo více pochopit povahu symptomů, zčásti proto, že sdílení vedlo k většímu závazku s potížemi dále pracovat.

4 Metodologie

Výzkumná část práce se zaměřuje na popsání bariér a facilitátorů ve vyhledání odborné péče tak, jak je subjektivně prožívají konkrétní jednotlivci - dospívající a mladí dospělí s poruchami příjmu potravy v České republice. Je realizována kvalitativní výzkumnou metodou, která nabízí možnost hlubšího prozkoumání stanovených témat. Pomocí obsahové analýzy jsou zpracována data, která byla získána polostrukturovanými rozhovory. Stanovené výzkumné otázky mají ambici hlouběji prozkoumat, v jaké podobě se zkoumané fenomény při procesu rozhodování ohledně vyhledání pomoci u osob se zkušeností s PPP objevují, v jakých vzájemných vztazích jsou, a porovnat dané výstupy se zjištěními popsány v teoretické části práce.

4.1 Výzkumné otázky

Výzkum navazuje na teoretické pozadí popsané v předchozích kapitolách. Jeho cílem je podrobněji popsat bariéry a facilitátory vyhledání odborné pomoci tak, jak je vnímají osoby s vlastní zkušeností s PPP, mladí dospělí a dospívající v ČR.

Předpokladem je, že v rozhovorech se ve větší či menší míře objeví ty bariéry a facilitátory vyhledání pomoci, které byly zmiňované v teoretické části práce. Vzhledem ke komplexitě tématu je zároveň možné, že se budou objevovat i nové fenomény. Také vzhledem k věku respondentů v začátku nemoci (dospívající a mladiství) lze předpokládat, že bude proces vyhledání odborné pomoci do větší míře závislý na rodinných vztazích, aktivitě rodičů a jejich rozhodnutí svěřit se s potížemi před vyhledáním odborné pomoci nejprve rodičům.

V rámci výzkumu byly položeny dvě výzkumné otázky:

O1: V jaké podobě se v rozhovorech objevují předpokládané bariéry a facilitátory ovlivňující vyhledání odborné pomoci?

O2: V jakých vzájemných vztazích jsou dané bariéry a facilitátory?

4.2 Technika sběru dat

Ve výzkumné části jsou analyzovány vybrané rozhovory uskutečněné v rámci projektu Škola dobrých vztahů. Jedná se o projekt Institutu sociálního zdraví na Univerzitě Palackého v Olomouci (dále také OUSHI), který vznikl pod záštitou MŠMT. Cílem daného projektu je na základě rozhovorů a jejich analýz vytvořit e-learningové edukační programy a vzdělávací podporu pro pedagogy zaměřenou na primární prevence rizikového chování. Vzdělávací podpora byla vytvořena ve třech oblastech: agrese, kyberšikana a poruchy příjmu potravy. V rámci vzniku podkladů pro programy bylo v tomto projektu realizováno a analyzováno přes 80 rozhovorů s lidmi, kterých se dané potíže v době dospívání týkaly nebo nadále týkají, s jejich rodiči, učiteli a s odborníky na daná témata (Institut sociálního zdraví na UP v Olomouci [OUSHI], nedatováno-a).

Do výzkumné části této práce bylo zahrnuto 14 z těchto rozhovorů. Jedná se o rozhovory s lidmi, kteří mají zkušenost s PPP, která se rozvinula v době dospívání. Rozhovory byly realizovány mezi lety 2022 a 2023. V rámci projektu Škola dobrých vztahů byl také realizován přepis daných rozhovorů.

Realizované rozhovory byly zaměřené na popsání širší zkušenosti respondentů s průběhem PPP a jejich léčbou. Probíhaly ve formě polostrukturovaných rozhovorů. V první, narativní části rozhovoru byli respondenti nejprve vyzváni k tomu mluvit o své zkušenosti s PPP. Tato část byla uvedena pobídkou ve formě: „Povyprávějte mi prosím svůj příběh od chvíle, kdy se u Vás začaly objevovat první známky PPP“. Poté se výzkumníci doptávali na jednotlivé oblasti této zkušenosti dle předem připraveného schématu a okruhů témat. Mezi tyto okruhy patřily např.: vnitřní prožívání nemoci a pohled na ni, její vnější projevy, proces diagnostiky PPP, zkušenosti s léčbou, vnímání procesu uzdravy a zvládání nemoci, role rodiny, školy a okolí jak při rozvoji nemoci, tak během léčby a procesu uzdravy.

Díky tomuto rozsahu je při analýze rozhovorů možné vnímat širší kontext vedoucí k rozhodnutí odbornou léčbu vyhledat či nevyhledat, a blíže zkoumat interakce jednotlivých oblastí a vztahy mezi zkoumanými fenomény.

4.3 Etika výzkumu

Rozhovory byly realizovány za účelem vědecké práce a následného vytvoření edukačních materiálů v rámci projektu Škola dobrých vztahů. Všichni respondenti byli s účelem rozhovoru podrobně seznámeni. Na začátku rozhovoru proběhlo seznámení respondentů s celkovým zněním informovaného souhlasu, včetně informace o možnosti tento souhlas kdykoliv změnit nebo odvolat. Respondenti byli seznámeni s tím, že je pořizovaný video a audio záznam rozhovoru. Respondent také autorizovali finální přepisy svých rozhovorů v anonymizované podobě.

Veškeré dokumenty (informovaný souhlas respondenta s účastí ve výzkumu, svolení k použití audio/video záznamu účastníka, údaje o účastníkovi) spolu s popisem výzkumu Škola dobrých vztahů byly schváleny Etickou komisí OUSHI. Podoba tohoto informovaného souhlasu je k práci přiložena jako příloha.

Všichni respondenti, jejichž rozhovory jsou využity pro účely této práce, udělili informovaný souhlas a svolení s použitím písemného přepisu rozhovoru pro vědecké účely.

S přepisy rozhovorů a jednotlivými ukázkami je pro účely této práce nakládáno v anonymizované podobě a nebudou uvedeny bližší údaje o participantech. V práci nebudou uvedeny celé přepisy rozhovorů, ale pouze anonymizované části sloužící k ilustraci konkrétních zjištění.

4.4 Výzkumný vzorek

Respondenti se k výzkumu sami přihlásili v rámci zmiňovaného projektu Škola dobrých vztahů.

Mezi účastníky výzkumu bylo 13 žen a 1 muž. Tento poměr se shoduje s obecně známými zjištěními ohledně prevalence PPP (viz kapitola 1). Z důvodu velké převahy žen bude v práci při popisu odpovědí dále používáno generické femininum respondentky. V rámci zajištění plné anonymizace je u přímých výroků vždy použité ženské skloňování.

V době sběru dat byl průměrný věk respondentek 24,26 let s rozmezím od 18 do 35 let a s mediánem 24 let, přičemž jedna z respondentek neuvedla současný věk (dle vystupování a uvedených údajů v rozhovoru lze ale vyvodit, že její věk je v daném rozmezí).

Vznik nemoci respondentky zasazují do věku mezi 11 a 18 lety. Zde je obtížnější stanovit přesnou hranici, jelikož více z respondentek uvádí spíše delší období, během kterého se nemoc postupně rozvíjela, delší dobu byla latentní a měla podobu zmiňovaného předklinického neuspořádaného stravování.

Jedenáct z respondentek vyhledalo odbornou lékařskou péči pro poruchy příjmu potravy, buď v akutní fázi nemoci, nebo již v částečné remisi. Jedna z respondentek nevyužila žádnou formu pomoci. Další z respondentek aktuálně využívá odbornou podporu psychiatra, ale pro jiné potíže, než PPP a další z respondentek využila podporu výživové poradkyně bez specializace na PPP mimo systém lékařských či sociálních služeb.

4.5 Zpracování dat

Vzhledem k zapojení se do výzkumného projektu Škola dobrých vztahů byla již autorka práce s obsahy rozhovorů předem blíže seznámena. Jako součást výzkumného týmu vedla šest z využitých rozhovorů, které poté analyzovala dle metodiky DIPEX. V rámci této metody jsou rozhovory nejprve zkoumány pomocí tematické analýzy. Z analýzy se dle obsahů jednotlivých kódů vynořují hlavní témata, která jsou participanty vnímána jako důležitá. Dále jsou vytvořeny tematické soubory, ve kterých je popsáno vše, co bylo k těmto tématům v rozhovorech zjištěno. Tematické soubory jsou následně doplněny o konkrétní ukázky rozhovorů (OUSHI, nedatováno-b). Autorka práce participovala na podrobné tematické analýze několika rozhovorů a na spoluprábě tematické mapy. Dále se v rámci tvorby finálních tematických souhrnů blíže zaměřila na shrnutí poznatků v těchto tématech: odborná léčba; zvládání PPP; sociální život; školní a pracovního prostředí.

Výzkumná část této práce je také realizována tematickou analýzou. V kontrastu s předchozím výzkumem, který mířil více do šířky a cílil na popsání všech oblastí, které byly pro osoby s PPP v jejich vnímání nemoci a léčby důležité, je tato analýza zaměřena

na hlubší a podrobnější prozkoumání konkrétnějších fenoménů. V kontextu hlubšího porozumění a nacházení vztahů mezi jednotlivými fenomény však byla předchozí analýza velmi užitečná. Jako součást procesu vytvořila předporozumění tomu, v jakých souvislostech participanti téma vyhledání či nevyhledání odborné léčby prožívají.

V rámci tematické analýzy jsou nejprve jednotlivé části textu pomocí procesu otevřeného kódování rozděleny na určité významové jednotky. Těmto jednotkám je pak dle jejich obsahového významu přiřazen konkrétní kód.

V první fázi samotné analýzy byla vytvořena pomocná tematická síť kódů, ve které byly jako výchozí významové jednotky určeny:

- jednotlivé bariéry a facilitátory ovlivňující vyhledání odborné pomoci dle teoretické části práce
- jednotlivé formy odborné pomoci sloužící ke zmapování toho, jak se systémem péče dané respondentky interagovaly

K těmto kódům pak byly přiřazovány jednotlivé části rozhovorů, které jim obsahově odpovídaly. Pozornost byla věnována zejména těm částem rozhovorů, ve kterých respondentky sdílely své názory ohledně odborné pomoci a uvažovaly nad jejím vyhledáním, nebo mluvily o samotné zkušenosti s jejím vyhledáním, či naopak odložením nebo odmítnutím tohoto kroku. Pokud se ve výpovědích respondentek objevily jiné významy a faktory, než tyto předem určené, byla dle jejich významu vytvořena nová kategorie kódu.

V další fázi výzkumu bylo zkoumáno, které z předpokládaných kategorií se ve výpovědích objevovaly nejčastěji, a které se objevovaly méně často. Některé se v rozhovorech neobjevily vůbec. Dále se analýza zaměřila na hlubší poznání obsahů v jednotlivých kategoriích a identifikování podtémat, která by byla podobná nebo stejná napříč rozhovory. Poté se analýza zaměřila na zhodnocení toho, jaké kategorie se obvykle objevují společně, v jaké podobě spolu interagují, a zda je samy respondentky ve výpovědích dávají do vztahu.

5 Výsledky

Tato kapitola detailněji popisuje nejprve způsob interakce respondentek se systémem odborné péče a poté jednotlivé faktory ovlivňující vyhledání odborné pomoci a jejich vzájemné vztahy tak, jak se objevovaly v analyzovaných rozhovorech.

První podkapitola 5.1. Kontext a průběh léčby popisuje, jakými způsoby a do jaké míry respondentky se systémem odborné pomoci interagovaly. Následující kapitola 5.2 Vyhledání léčby přibližuje, jakým způsobem a v jakých situacích respondentky iniciovaly začátek léčebného procesu. Kapitola 5.3. v jednotlivých podkapitolách detailněji popisuje konkrétní faktory ovlivňující proces vyhledání pomoci a jejich vzájemné vztahy. Závěrečná kapitola 5.4. Shrnutí výsledků předkládá stručné odpovědi na výzkumné otázky a porovnání výsledků výzkumu s teoretickým pozadím.

Výsledky jsou doplněny krátkými ukázkami z rozhovorů. Tyto výpovědi jsou upraveny za účelem lepší čitelnosti po gramatické a stylistické stránce tak, aby obsahová stránka zůstala v co nejvíce původní podobě (smazání výplňových slov, změna tvarů na spisovné, rozdělení výpovědi do více větných celků apod.). Vzhledem k poměru 13 žen a 1 muž jsou všechny odpovědi v rámci zachování plné anonymity uváděné v ženském rodě.

5.1 Kontext a průběh léčby

Většina respondentek v průběhu úzdravy z PPP vyhledala některou z forem odborné pomoci. Nejčastěji spolupracovaly ambulantně s praktickým lékařem, psychiatrem nebo psychologem/terapeutem. Spíše okrajově se objevovala spolupráce s nutričním terapeutem nebo využití stacionářů. Třetina dotazovaných měla zkušenost s hospitalizací na psychiatrickém oddělení. Tři z respondentek odbornou podporu v souvislosti s PPP nevyhledaly.

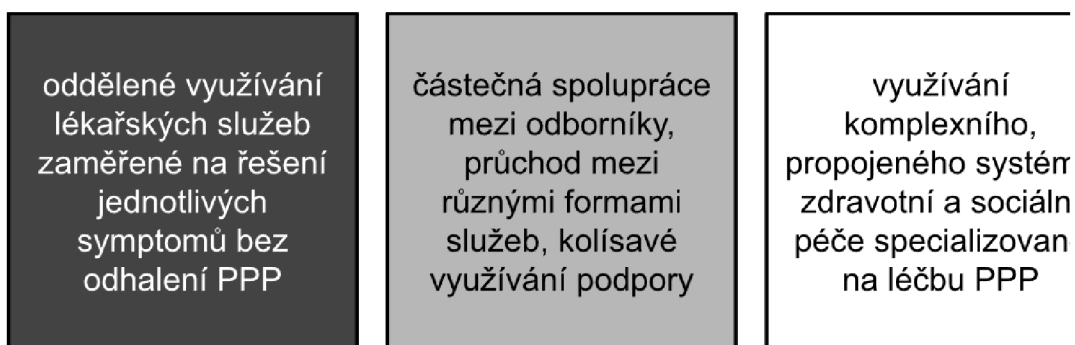
Proces vyhledání odborné pomoci a jejího využívání měl u respondentek rozdílný charakter a vývoj. Respondentky často rozdílné formy odborné pomoci vyhledávaly a využívaly opakovaně v různých fázích nemoci a úzdravy. V průběhu této opakované spolupráce se často měnilo jak konkrétní odborné zaměření odborníků, které oslovily, tak míra sebeodhalení ohledně symptomů a závažnosti PPP a míra motivace k léčbě.

Respondentky nejčastěji jako prvního odborníka, se kterým potíže konzultovaly, uváděly praktického lékaře, psychiatra, nebo psychologa. Často tento prvně oslovený odborník automaticky přebral roli „case managera“ a určoval další nastavení postupu léčby a následné složení týmu poskytujícího podporu. Zde se ukázala velká nerovnost v přístupu jednotlivých odborníků. Několik respondentek uvedlo spokojenost s aktivním přístupem daného odborníka, který kromě pravidelné spolupráce dokázal předat informace a kontakty a usilovat o podporu multidisciplinárního přístupu. Ve větší části případů ale daný odborník o vytvoření multidisciplinární spolupráce neusiloval a v některých případech zůstal jediným z možné sítě odborné pomoci, se kterým respondenti dále spolupracovali. Více respondentek uvedlo nespokojenost s tím, že jim daný odborník neposkytl odpovědi a informace ohledně dalšího možného postupu léčby. Respondentky často zpětně vyhodnotily, jaké formy podpory by jim v danou chvíli mohly být prospěšné (např. zapojení nutričního terapeuta nebo rodinné terapie). Tyto informace o různých možnostech odborné léčby se jim ale během interakce s odborníky nedostalo, často si na ně postupně přicházeli samy. Nerovnost v přístupu a v míře edukace jednotlivých odborníků je přirozená, toto zjištění ale podporuje v teoretické části zmiňovanou nutnost zvýšit edukaci mezi odborníky nejen ohledně včasné diagnostiky, ale také ohledně dalšího procesu léčby, multidisciplinární spolupráce a vhodných dalších doporučení.

V teoretické části byly popsány dva zjednodušené způsoby interakce pacientů s PPP se systémem odborné péče:

- Zvýšené využívání lékařských služeb zaměřené na řešení jednotlivých symptomů bez léčby zaměřené na řešení PPP, často bez sebeodhalení nemoci.
- Vyhledání a využívání specializované léčby PPP.

Analýza rozhovorů ukázala v mnohem složitější a komplikovanější podoby interakce pacientů s lékařskými službami. Většina respondentů se systémem odborné péče interagovala v určité „šedé zóně“ mezi odděleným řešením symptomů a využíváním komplexní specializované léčby. Tento prostor je ilustrován v následujícím schématu:



Obrázek 1: "Šedá zóna" v paradoxu využívání odborné péče

V „**černém poli**“ řešení symptomů bez odhalení PPP se v určitou fázi nemoci nacházelo více respondentek. Mezi ty, které v tomto poli zůstaly, by patřily tři zmiňované respondentky, které odbornou v souvislosti s PPP dosud nevyužily:

- Jedna z nich využila spolupráce s výživovou poradkyní, ve které se zaměřovaly pouze na stabilizaci stravování. Později, v částečné remisi PPP, vyhledala terapeutickou podporu v souvislosti s komorbidními psychickými problémy.
- Druhá respondentka prošla procesem údravy pouze s podporou primární rodiny.
- Třetí z respondentek v době výzkumu aktivně využívala odbornou pomoc psychiatra zaměřenou na zvládání panických atak. V čase rozhovoru přemýšlela o tom, že by se lékaři chtěla svěřit s tématem PPP.

Do „**bílého pole**“ využívání komplexní a specializované podpory by patřilo pouze menší množství respondentů. Pouze v jednom rozhovoru se objevil jednoduchý, lineární proces léčby v ideální a normativní podobě tak, jak ji doporučují manuály poskytování odborné pomoci: včasný záchyt onemocnění, diagnostika a nastavení komplexní multidisciplinární léčby, která flexibilně reaguje na aktuální potřeby:

- Daná respondentka popsala spolupráci rodičů s praktickou lékařkou, od které dostaly doporučení na vyhledání terapeuta. Během léčby využívala konzultací s terapeutem, který byl zároveň jejím psychiatrem. Současně zůstala v péči praktické lékařky. Ta vzhledem ke zhoršení stavu indikovala hospitalizaci.

Respondentka po propuštění z hospitalizace s danými dvěma odborníky pokračovala v ambulantní spolupráci.

Do „bílé zóny“ lze zařadit i další respondentky, u kterých neproběhla specializovaná péče ve zcela ideální podobě, ale v rámci možností během léčby využívaly komplexní a propojené služby:

- Respondentka popsala diagnostiku a záchyt onemocnění u praktické lékařky, která indikovala další odborná vyšetření a hospitalizaci. Po návratu do ambulantní péče dále monitorovala fyzický zdravotní stav. Zároveň probíhala spolupráce s psychiatrickou a psychologkou. Po relapsu sama vyhledala také podporu nutriční terapeutky. Zpětně vnímá, že by úzdravě pomohlo větší zapojení rodiny a spolupráce formou rodinného poradenství nebo terapie, a také dřívější doporučení spolupráce s nutriční terapeutkou.
- Pouze jedna respondentka popsala větší zapojení rodičů do psychoterapeutické podpory. Uvedla velmi dobrou zkušenost včasného záchytu nemoci praktickou lékařkou, která dále monitorovala zdravotní stav. Současně dlouhodobě spolupracovala s terapeutem. Zároveň zpětně vnímá, že by ocenila také spolupráci s psychiatrem, zejména ve chvíli, kdy se stav schyloval k nutnosti hospitalizace.
- Jedna z respondentek uvedla užší spolupráci psychiatra a terapeuta, kterou využívala i před diagnostikou PPP z důvodu komorbidních potíží. Současně vnímá zanedbání v oblasti včasného záchytu nemoci, kdy praktická lékařka na možné riziko nemoci dlouhodobě upozorňovala, ale k diagnostice a léčbě nemoci došlo až mnohem později a to během hospitalizace, která probíhala z důvodů komorbidních potíží.

Do „šedého pole“ by patřily respondentky, které se systémem odborné péče interagovaly a péče jim byla poskytována s vědomím, že je zaměřena na léčbu PPP. Současně nebyla tato léčba poskytována v dostatečně komplexní a multidisciplinární formě. Respondentky často využívaly jednotlivé formy pomoci spíše nahodile a ne zároveň, ale následně. Více respondentek uvedlo, že během spolupráce s odborníky nedostalo dostatek informací ohledně prognózy a možností léčby. Několik respondentek vyhledalo dlouhodobější terapeutickou podporu zaměřenou na témata, která s rozvojem

a udržováním nemoci souvisela až v rámci doléčení nemoci v remisi, někdy i několik let od ukončení akutní léčby a spolupráce s lékaři. Respondentky také popisovaly negativní zkušenosti s odborníky, kvůli kterým odbornou spoluprací na nějakou dobu přerušily, ale poté se k ní opět vrátily:

- Jedna z respondentek v akutní fázi nemoci vyhledala pouze spolupráci s „léčitelkou“, kterou vnímala jako velmi užitečnou. Později absolvovala několik podpůrných sezení v rámci peer skupiny. V částečné remisi v průběhu relapsu vyhledala spolupráci s terapeutkou.
- Další respondentka nyní využívá podporu psychiatričky a psychologky, se kterou je spokojená, ale první interakce s odbornou pomocí vnímá spíše jako negativní. Vnímala ve spolupráci zmatek a nedostatečnou edukaci ohledně procesu léčby a ze spolupráce odešla.
- Jiná z respondentek v akutní fázi nemoci spolupracovala pouze s psychiatrickou, kdy též vnímala nedostatek edukace ohledně procesu léčby. V dospělosti vyhledala terapeutickou podporu.
- Podobně jiná respondentka vyhledala psychiatra, ale kromě nastavení medikace nedostala jiné další informace nebo doporučení. Dále absolvovala spíše náhodně pobyt na stacionáři a později dobrovolnou hospitalizaci, ze které odešla na reverz.
- Jiná respondentka vyhledala více možností podpory, ale spíše jednorázově a postupně v průběhu úzdravy. Využila konzultace s peer pracovníci, vystřídala několik psychologů, kteří jí nesedli. Později byla hospitalizovaná a absolvovala komunitní léčbu zaměřenou na poruchy osobnosti. V době rozhovoru využívala dlouhodobou podporu v terapii.

Dvě respondentky popsaly negativní zkušenost se včasným záchytem onemocnění, kdy byly jejich symptomy nerozpoznané nebo bagatelizované a nebyl jim doporučen žádný další postup léčby.

- Respondentka uvádí zkušenost s bagatelizací symptomů ze strany lékařky. Později sama vyhledala terapeutickou podporu a s odstupem také spolupráci s nutričním terapeutem.

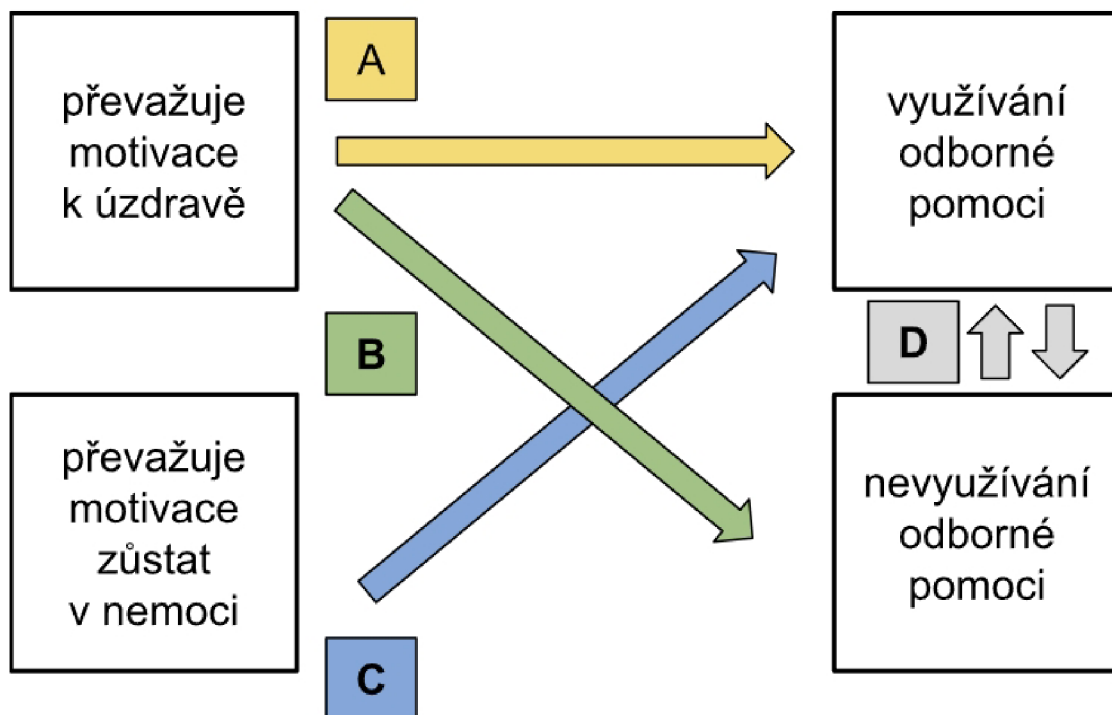
- Daná respondentka vyhledávala v nemoci podporu nutričních terapeutů s cílem nastavit další hubnutí. Rodině byla doporučena konzultace u psychologa, psychologka ale situaci nevyhodnotila jako závažnou a nedoporučila další spolupráci. Později klientka v akutní fázi nemoci využila konzultace se školním psychologem a v remisi nemoci vyhledala terapii.

5.2 Vyhledání léčby

Některé respondentky vyhledání odborné péče samy iniciovaly a odbornou pomoc ve spojení s PPP buď samy vyhledaly, nebo poprosily o pomoc s vyhledáním rodiče. V jiných případech byly iniciátory zahájení léčby rodiče nebo samotní lékaři, ke kterým respondentky přišly původně s jinými potížemi (v těchto případech pacientky v zóně „využívání podpory bez odhalení PPP“ nezůstaly díky kompetenci lékařů, kteří dokázali včas upozornit na rizika vznikající nebo probíhající nemoci). Tato skupina respondentek a jejich interakce se systémem léčby umožňují zajímavý náhled, kdy je v jejich zkušenosti možné porovnat přístup k odborníkům a vzájemné interakce před a poté, co chtěly samy spolupracovat.

Jednotlivé faktory přispívající k vyhledání či nevyhledání odborné pomoci se ve zkušenosti respondentek objevovaly nejenom v souvislosti s prvním rozhodnutím odbornou pomoc vyhledat, ale také s rozhodnutím ve spolupráci pokračovat, nebo ji vyhledat opakovaně. Současně se velmi často prolínalo téma vyhledání odborné pomoci s tématem vyhledání pomoci ve svém přirozeném prostředí a v okolí nemocného. Rozhodnutí, zda se respondentky okolí svěřily, či nesvěřily bylo často ovlivněno podobnými faktory jako rozhodnutí ohledně vyhledání odborné péče.

V rozhovorech se faktory ovlivňující vyhledání odborné péče objevovaly v různých komplexních situacích. Níže uvedený graf tyto situace ilustruje:



Obrázek 2: Motivace k úzdavě a využívání odborné pomoci

Situace A popisuje chvíli, kdy se jednotlivec rozhodne využít odbornou pomoc na základě vlastní motivace a snahy získat podporu v úzdavě.

Situace B ilustruje případ, kdy u nemocného v danou chvíli převažuje motivace k úzdavě, ale rozhodne se odbornou pomoc nevyhledat.

Situace C zobrazuje moment, kdy je motivace k úzdavě chybějící nebo výrazně ambivalentní, ale nemocný odbornou pomoc vyhledá a využívá. Často se jednalo o situace, kdy pomoc vyhledali rodiče nemocných dětí, nebo byla péče důrazněji indikovaná lékařem. V jiných případech se jednalo o chvíle, kdy byla pomoc vyhledaná jednorázově bez následné dlouhodobější spolupráce, nebo s velmi nízkou mírou sebeodhalení a odhalení reálné povahy a závažnosti onemocnění. V těchto případech se nejčastěji jedná o zmiňovanou “šedou zónu” kolísavého nebo ne zcela adekvátního využívání odborné pomoci.

Vztah D mezi využíváním odborné pomoci a jejím nevyužíváním ilustruje proměnlivou povahu využívání odborné péče, její opakované vyhledávání, častější odcházení z léčby nebo změny v tom, s jakými odborníky jednotlivec spolupracuje.

5.3 Jednotlivé faktory ovlivňující vyhledání pomoci

Tato podkapitola detailněji popisuje, v jaké podobě a v jakých souvislostech se v rozhovorech objevovaly jednotlivé faktory ovlivňující vyhledání odborné pomoci.

Tabulka uvedená na následující stránce ilustruje nejčastěji se objevující faktory. V souladu s tím, jakým způsobem se v rozhovorech objevovaly, byly tematicky rozděleny na protikladné bariéry a facilitátory ovlivňující vyhledání odborné pomoci. Některé faktory zmiňované v teoretické části práce se v rozhovorech neobjevovaly, nebo se objevovaly pouze velmi málo, a nebyly proto do tabulky zahrnuty:

| Bariéry | Facilitátory |
|---|--|
| Stigma, stud a trivializace nemoci | Destigmatizace a validace nemoci |
| Popírání nemoci a její závažnosti, zkreslený náhled | Realistický náhled na nemoc a její závažnost |
| Nízká motivace ke změně - převažují výhody nemoci | Vysoká motivace ke změně - převažují nevýhody nemoci |
| Nedostatek znalostí o možnostech léčby | Dostatečné znalosti o možnostech léčby |
| Nepodpora okolí k vyhledání pomoci | Podpora okolí vyhledat pomoc |
| Pravidla ohledně svěřování - negativní | Pravidla ohledně svěřování - pozitivní |

Dané nejčastěji se objevující faktory odpovídají teoretickému pozadí. Pouze poslední téma interních pravidel ohledně svěřování se v rozhovorech vynořilo jako nové. V některých teoretických výzkumech bylo shrnuto pod oblasti vztahů s okolím, ale vzhledem k jeho specifitě je zde jeho popis uveden jako samostatná podkapitola.

Následující podkapitoly 5.3.1. - 5.3.6. detailněji a s konkrétními ukázkami popisují jednotlivá témata tak, jak se objevovala v rozhovorech.

5.3.1 Stigma, stud a trivializace nemoci

Témata stigmatu ohledně nemoci a studu za ni se v rozhovorech objevovala velmi často. Jako faktory působila nejen v kontextu vyhledání odborné pomoci, ale také v kontextu svěřeni se blízkým osobám, rodině a přátelům.

Více respondentek uvedlo **vlastní stud** jako důvod, proč nemoc v určitou chvíli s nikým nesdílely. Objevoval se stud za konkrétní symptomy nemoci (zejména související s přejídáním a očištěným chováním) i za nemoc jako celek. Některé respondentky vnímaly nemoc jako své vlastní selhání, nebo si kvůli nemoci připadaly divně. Tento stud se objevoval jako bariéra ke svěřeni se okolí, k vyhledání odborné pomoci, a také k otevřené spolupráci s odborníky:

- *Takže já jsem o tom vlastně s nikým nemluvila, protože jsem se za to hrozně styděla.*
- *Já jsem se s nikým takovým moc neseťkala, kdo by to měl, věděla jsem, že jedna spolužačka se s něčím takovým taky potýkala, ale s tou jsem se moc nebavila, a prostě jsem těch lidí moc nezažila, neslyšela jsem do té doby moc, takže jsem si přišla jakoby divná, co se mi to děje."*
- *No mně přijde jako chyba už samotný ten fakt, že jsem právě hnedka vlastně nevyhledala tu odbornou pomoc, jako tam, kdy to začalo. Takže to rozhodně, ale ono to je hrozně těžký začít o tom mluvit, protože ten člověk se za to většinou často stydí a nechce to úplně sdílet.*
- *A teraz choď tam na ten stacionár a vykladaj im. Ja som tam ani často nepovedala, že som to spravila, že som znovu zracala, lebo som sa hanbila, že jo. No, táto choroba je čisto o ani nie vine, ale o hanbe.*

Téma stigmatu ohledně PPP se také objevovalo společně s tématem vztahů a **reakcí ze strany osob v okolí**. V rozhovorech se toto téma objevovalo jako bariéra ve svěřeni se blízkým. Jako bariéra ve vyhledání odborné pomoci se objevovalo nepřímo, ve vztahu s faktorem nepodpory ze strany okolí adekvátní pomoc vyhledat a ve vztahu k vnitřním pravidlům ohledně svěřování. Několik respondentek uvedlo obavy z reakce ostatních, jiné popsaly již konkrétní zkušenosti, kdy ostatní téma nemoci nepřijalo a okolí se od nich v některých případech distancovalo:

- *Nechci, aby mě litovali a kritizovali.*
- *(Bratr) nikdy nenašel to pochopení, že bych mohla trpět nějakou poruchou. Bylo to období, kdy se se mnou prostě nebavil, nechtěl se se mnou o tom bavit, byla jsem pro něj divná, bylo to tak, že si vymýšlím, nic mi není a nedokázal vůbec přijmout to, co se děje, a měl mi to v podstatě za zlý.*
- *Ty lidi kolem spíš měli tendenci do mě ještě víc rýpat. No a ve škole taky, tam probíhala nějaká taková lehčí šikana.*
- *Nemám nic za zlý ani tátovi, tomu trvalo asi třeba dobrý čtyři roky, než si dal na vyhledávač co to je porucha příjmu potravy. Blbý čtyři roky mu to trvalo, než se o tom začal sám pít, do té doby jsem pro něj já byla, nevím, magor.*

Stigmatizující názory ze strany okolí se objevovaly v podobě **bagatelizování nemoci** a její závažnosti, a to jak ze strany blízkého okolí, tak ze strany některých odborníků. Respondentky sdílely bagatelizaci ze strany okolí zejména ve chvíli, kdy byla stabilizovaná fyzická hmotnost a nehrozily akutní fyzické zdravotní potíže:

- *A potom to, co jsem zhubla, tak to jsem zase přibrala nazpátek po nějaký určitý době. A už se to tak moc neřešilo, protože jsem nevypadala nemocná, prostě to tělo vypadalo zdravě, tak už ten problém jako nebyl. Ale asi (smích) ten problém byl v mé hlavě daleko větší, než kdy předtím.*
- *Možná jsem si to sama ani neuvědomila. Tak jsme šly k doktorce, kde mě ta doktorka úplně rozbrečela. Ona to samozřejmě nevěděla, nechci ji z něčeho obviňovat, ale chovala se ke mně hodně necitlivě. Vlastně mi řekla, že s tímhle má dneska problém spousta lidí.*

V samotných výpovědích některých respondentek se objevovala **trivializace nemoci**, normalizace nezdravých stravovacích návyků nebo přesvědčení, že je možné mít nad nemocí kontrolu. Jednalo se spíše o výjimky a o výpovědi respondentek, které v době rozhovoru samy odbornou pomoc nevyhledaly:

- *V dospívání je to přirozený a normální mít poruchy příjmu potravy v nějaké udržitelné míře.*
- *Většina z mých kamarádek někdy v životě měla buď anorexii, nebo to, že zvracely, anebo to prostě vypadalo jako, no - taková ta vánoční klasika, že si dáš*

hromadu cukroví a vyzvracíš to, to je prostě normální. S tím se setkávám v podstatě pořád mezi holkama, kterým je třeba kolem dvaceti nebo i míň. A nikdo z nich není rozhodně případ, u kterého by sis řekla, že ten člověk je nemocný a měl by se začít léčit a měl by někoho navštěvovat, protože jsou to všechno normálně fungující osoby, které buď jednou za čas takhle ulítnou, nebo mají prostě extrémní nároky na tu stravu a životní styl, takže je to něco, co je součástí jejich sebekontroly.

- *A samozřejmě co se týče mne, tak bych to nenechala zajít opravdu hodně daleko, snad. Doufám, že bych se dokázala nějak ovládnout.*

Naopak některé respondentky popsaly **destigmatizaci nemoci, validaci** a přijímající přístup ze strany okolí jako faktor, který ovlivnil další proces údravy pozitivně. Zde téma opět úzce souvisí s podporou v okolí:

- *Až postupně jsem to tehdy řekla příteli a moji kamarádce a viděla jsem tu jejich reakci, že tam opravdu není kolem toho nějaký stigma, že bych byla horší nebo špatná, že jsem si tím prošla. Tak to ve mně trošku otevřelo vůli o tom tématu mluvit, a pak sem i začala chodit na psychoterapie, kde to téma tu a tam otevřu. Já myslím, že s tím životem souvisí hrozně moc, že se tak jako prolíná různými tématy.*
- *Tak jednak jsem jí musela říct (učitelce), že budu hospitalizovaná. Tak vlastně jsem jí musela říct: Dobrý den, já teďka nebudu ve škole, protože budu hospitalizovaná. Ale důležitý bylo, že ona se zajímala, že ona to nevzala, ok, dobře, ale ptala se: „A co se děje teď?“ Jo, a já jsem říkala: „No, víte, já mám problémy s jídlem a sebepoškozují se.“ Ona se zajímala a tím, že se zajímala, tak si získala moji důvěru, protože to nebagatelizovala, zajímalo jí to, jak přemýšlím, proč tak přemýšlím, jak mi může pomoci, co se děje v mém životě. Prostě jí to strašně zajímalo, takže si získala moji důvěru, že jsem jí byla schopná říct všechno. Ta věděla víc jak moje máma, i víc jak terapeutka, no, ta věděla toho hodně. Já si myslím jako, že to, že jsem jí tam měla, že ty poslední dva roky jsem v ní měla takovou oporu, že to bylo strašně důležité, že tam byl prostě někdo v mém životě, komu jsem se mohla svěřit a říct, co se děje.”*

5.3.2 Popření a vnímání závažnosti nemoci

Více respondentek popsalo buď celkové **popření nemoci** nebo **zkreslené vnímání její závažnosti**:

- *V tom věku som si absolútne nevedela uvedomiť, že by to mohlo byť ochorenie, lebo to bolo veľmi cool.*
- *Já jsem si myslela, že je to úplně normální.*
- *Já to hrozně moc tajila. Nebo tajila, mně vlastně přišlo, že to, co dělám, je v pořádku, a že to nikdo nevidí nějakým způsobem.*
- *Docela dlouho jsem nad tím dost přemýšlela, i jsem si dávala otázky, jestli vůbec mám tu poruchu. A nějakou dobu jsem to i odmítala přijmout ten fakt, že to tak je. Říkala jsem si, že to je blbost, proč bych něco takového měla. Ani jsem si to neuvědomovala vůbec, nepřemýšlela jsem nad tím, že fakt už by to mohlo být nějak závažné.*
- *Potom jsem si už po nějaký době myslela, že jsem vyléčená, ale vlastně teď zpětně zase vidím, že to tak nebylo. Že to prostě akorát nebylo tak úplně jako na začátku, ale jenom se to trošku proměnilo a obměnilo se to naučené chování.*
- *Já jsem to určitě věděla, ale spíš jsem si to taky nechtěla přiznat, protože by to znamenalo, že to musím nějak řešit (smích) a nemůžu, nemůžu jenom říkat: „No, já na to nemám chuť.“*

Častěji se v rozhovorech objevovalo téma **vnímané kontroly** nad svým stravováním a nad vlastní nemocí, která posilovala bagatelizaci symptomů a zkreslení vnímané závažnosti. Tento pocit kontroly také často souvisel s negativní nebo ambivalentní vnitřní motivací ke změně a k uzdravě. Více respondentek si zpětně uvědomilo, že jejich kontrola nad nemocí byla pouze domnělá:

- *... se to vymklo kontrole. Já si myslím, že jsem tu kontrolu vlastně nikdy neměla, že jsem si to nalhávala, že to dělám kvůli tomu zdravému životnímu stylu. Bylo to spíš kvůli tomu, že jsem chtěla zhubnout.*

- *Já jsem jim tvrdila, že mám naprostou kontrolu nad tím jídlem, a že je to tak v pořádku. Že nemůžu mít přece nějakou poruchu, když přesně vím, co je pro mé tělo nejlepší a co si mám dát.*
- *Nevím, co mi to dalo, asi nějaký pocit, že to mám ve svých rukách, že to můžu nějakým způsobem kontrolovat, že si to můžu rozhodovat sama. Samozřejmě se s tím potom pojilo taky to, že jsem doma lhala o tom, jestli jsem něco snědla nebo proč mám svačinu pořád v batohu.*
- *Já jsem věděla, co dělám, ale říkáte si: „Já to mám pod kontrolou.“ Vy to víte, ale snažíte se sama sebe přesvědčit, že to nevíte. Takže já si myslím, že jsem to věděla celou dobu, že to bylo něco, co se prostě nemá dělat. ... Někdy slyšíte prostě některý ty hororový příběhy, jak už holkám i klukům selhává srdce, a už to jejich tělo nedává. Ale vy si to nepřiznáte, jakoby víte, ale nepřiznáte si to. Je to tam, ale vlastně není.*

Více respondentek zmiňovalo **popírání závažnosti fyzických potíží** v podobě nedostatečného či zcela chybějícího kontaktu s vlastním tělem a zájmu o své fyzické zdraví. Toto popření se objevovalo jako faktor nevyhledání podpory i ve chvíli, kdy respondentky fyzicky vnímaly např. Únavu nebo bolesti, nebo racionálně reflektovaly a uvědomovaly si nezdravost a negativní dopady svého stravovacího jednání:

- *Ja som skutočne proste nemala o seba fyzický strach. A môže to byť spojenie s tou chorobou proste. Mi to bolo jedno.*
- *Neměla jsem vůbec energii a stejně jsem to tam prala a byla to hrozná blbost. No a dopadlo to tak, já jsem si do poslední chvíle myslela, že je všechno v pohodě, že to dělám dobře, že to je zdravý. Ale potom už jsem byla prostě tak unavená.*
- *Dělám vlastně věci, co jsou nebezpečný mému zdraví, ale vůbec mě to nijak netrápí, že by to bylo nebezpečný mému zdraví. ... Já vím, že to je špatný tohle dělat, vím, že se to nesmí dělat, protože člověk pak bude mít zdravotní problémy. Ale když se jedná o zdraví někoho jiného, tak, mám o toho člověka strach, ale když se jedná o moje zdraví, tak mi to je jedno.*

Několik respondentek popsalo interakci s lékařem nebo školním psychologem, při které **vnímaly potíže mnohem méně závažné, než daný odborník**. Odborná léčba byla v takových chvílích zahájena někdy pouze s částečnou motivací. Zároveň respondentky popsaly, že pro ně byla tato interakce s odborníkem faktorem, který započal nebo zesílil přemýšlení o reálné závažnosti potíží a do jisté míry facilitoval další léčbu:

- *Dozvěděla jsem se to vlastně od toho psychoterapeuta, do té doby to slovo (porucha příjmu potravy) asi někdo použil. Ale nějak jsem tomu nevěřila, že mi něco je, takže jsem to nebrala v potaz. ... Byla jsem z toho taková zmatená a hrozně se to ve mě střídalo, jestli tedy skutečně věřím tomu, že mi něco je, nebo si to na mě lidi vymýšlejí, nebo o co jim jde.*
- *A vyhledali jsme tu doktorku. A ta mě nějak tak tlačila (matka), já jsem teda nechtěla, nakonec jsem šla. Tak jsem si jenom říkala, no, to bude v pohodě, ta mě nikam nepošle. Opak byl pravdou. ... Bylo to překvapivé, byla jsem z toho smutná, ale zároveň jsem už byla tak hotová, že jsem si říkala, že asi je fakt něco špatně a asi má smysl s tím něco dělat a jít tam (na hospitalizaci). Takže bylo to ze začátku překvapení, ale pak jsem se s tím tak nějak smířila a už jsem viděla, že je to asi špatný.*

Vzhledem k častému popření nemoci u samotných pacientů podporují tyto výpovědi již zmiňovanou důležitost a potřebu včasného zachytu nemoci, který umožňuje a pomáhá dalšímu nastavení odborné léčby a spolupráce klienta s odborníky. V kontrastu s výše zmíněnými výpověďmi popsaly některé respondentky interakce s lékaři, u kterých navzdory somatickým potížím neproběhl screening pro možné PPP. Tyto interakce zároveň souvisí s tématem jejich vlastního popření nebo skrývání symptomů nemoci:

- *Minimálně si myslím, že to trvalo nějaký rok, kdy jsem začala mít nějaký fyzický problémy následkem toho, vlastně s refluxem. Já jsem ale mamce neřekla úplně všechno, co bylo za tím. Možná jsem si to sama ani neuvědomila. Tak jsme šly k doktorce, kde mě ta doktorka úplně rozbřečela. Ona to samozřejmě nevěděla, nechci ji z něčeho obviňovat, ale chovala se ke mně hodně necitlivě. Vlastně mi řekla, že s tímhle má dneska problém spousta lidí. Mě to prostě tak nějak*

dostalo, a potom vlastně jsem se s tím přiznala té mamce, ale vlastně jsme to nikdy nezačaly řešit z hlediska té psychiky, vlastně je to celkově depresivní.

- *Menštruácia od 16 žiadna. Až v 20, stále mi dávali vyvolávačky a toto. Milujem tu neprepojenosť. Gynekologičku ani vôbec nenapadlo sa ma opýtať, že: A vy nemáte nejaký problém s poruchami? Nemôžem veriť, že si to ani nevšimla, že zrazu som tak schudla a ju to vôbec ani nenapadlo, že tá menštruácia sa stratila kvôli tomu a že mám nízky podiel tuku. Ja som to všetko vedela. Toto ma tiež ako veľmi štvie na tých doktoroch. Bola som u gastrointerológa s tou mojou zácpou, ani by ho nenapadlo, že ja beriem laxatíva. Endokrinologička tiež: Ako je možné, že stále ten draslik nemáte?*

Více respondentek popsalu dlouhodobou ambivalenci a kolísavé popírání závažnosti nemoci. Některé u nich uvedly konkrétní momenty, kdy si začaly plně **uvědomovat závažnosti nemoci**. Tyto momenty mnohdy souvisely s psychickými a fyzickými symptomy a negativními dopady nemoci na život. Někdy se objevily společně s vyšší motivací ke změně. Tyto faktory společně působily jako facilitátory ve vyhledání odborné pomoci nebo ve větším sebeodhalení při spolupráci s odborníky:

- *Tam byl takový zlom, kdy mi došlo, že se z toho chci dostat. Tak jsem tomu asi nějakým způsobem začala věřit, že asi mi není dobře, že to bude nějaká nemoc.*
- *Myslím si, že potom, co už jsem se fakt necítila fyzicky dobře, vlastně tam byl ten cyklus přejídání a pak mi další den vždycky bylo zle, tak už - asi až do té doby jsem si to podle mě neuvědomovala úplně. Pro mě je to fakt hrozně těžký určit, protože ty začátky už byly nějakých šest let zpátky, takže asi bych řekla tak nějak po tom roce, nebo po tom, co jsem s tím měla ty fyzicky spjatý problémy.*

Zároveň je důležité zmínit i situace, kdy **vnímání závažnosti nemoci nesouviselo s vyšší motivací**. Některé respondentky si plně uvědomovaly charakter svých potíží a jejich motivace k léčbě a k vyhledání odborné pomoci zůstávala nadále nízká:

- *Takže tam jsem hodně dlouhou dobu byla (v podpůrné internetové skupině) a nějak jsem si uvědomovala, že mám ten problém. Ale úplně to ještě nebylo, že bych s tím chtěla něco moc velkého řešit.*
- *Celou dobu jsem si vlastně velmi dobře uvědomovala, že mám problém, co se děje, proč se to děje a že to není řešení. Já jsem celou dobu k tomu měla velmi střízlivý náhled. ... Já jsem to věděla od začátku, já jsem nebyla nějak šokovaná tím, že bych se jednoho dne probudila a došlo by mi, co se děje. Já jsem už v tu chvíli, kdy jsem držela hladovku, tak jsem věděla, že to je anorektický a že to není nějaký detox nebo nějaká jako očista nebo cokoliv, za co by se to dalo schovat. Já jsem si byla naprosto přesně vědoma toho, že šest týdnů prostě nepřijímám žádnou potravu a že to není v pohodě. Ale měla jsem takovou potřebu to prostě na sílu udělat.*

5.3.3 Motivace ke změně

Více respondentek uvedlo, že podporu vyhledalo i ve chvíli, kdy jejich motivace k léčbě byla spíše **negativní nebo ambivalentní**. Často se tak dělo ve chvíli, kdy bylo vyhledání podpory facilitováno okolím:

- *Ten psychoterapeut pak vlastně tu nemoc nějakým způsobem definoval. I nám s mamkou doporučil nějakou knížku, kterou ona šla koupit, takže já jsem si tam něco trochu přečetla. I když to bylo v době, kdy jsem moc nespolupracovala, tak jsem to pak takhle rychle zahodila.*
- *Ale samozřejmě nelepšilo sa to a povedala som si, že chcem chodiť na ten stacionár. Tak som chodila na ten stacionár a pre mňa to bola taká intelektuálna hra. ... Tak tam bol taký boj (smiech). Boj v tom zmysle, že ja som proste nonstop sa snažila vymyslieť, vykrútiť, lebo ja som tam chodila každý deň, celý týždeň, lenže vždy som si našla, snažila som si nájsť dôvod, prečo tam nemôžem raňajkovať.*
- *Snažili se mi s nimi domluvit nějaké konzultace a různé knížky o tom, jak se z toho dostat. Jenomže oni se snažili, abych se z toho dostala, ale oni byli jediní, kdo se vlastně snažil, abych se z toho dostala. Já jsem se z toho dostat nechtěla - já jsem prostě chtěla odsad' pryč, no. Takže potom jsem vlastně chodila jenom*

tomu psychiatrovi nebo k tomu psychologovi a ten mi jako různě radil, a on byl jako fakt dobrý, to nemůžu říct, ale zase když ten člověk nechce, tak potom je pro toho psychiatra fakt těžký.

Co se týče samotné nižší motivace ke změně a **vnímaných pozitiv z nemoci**, u velké části respondentek se nejčastěji objevovala snaha o udržení si **hubené postavy**, často spojené s původními pozitivními reakcemi ze strany okolí nebo s vlastním sebevědomím a sebepojetím:

- *Do určité míry jsem to vlastně neviděla a byla jsem pyšná na to, jak jsem dokázala být hubená.*
- *Já myslím, že jsem se na nějakou dobu části toho kolektivu víc stala, že jsem jako si opravdu tou nižší váhou pomohla k větší oblíbenosti nebo pozornosti, že jsem se cítila víc součástí té skupiny, mezi ty cool děti, mezi které jsem chtěla patřit.*
- *A nevedela som ako to mám zastaviť, proste bolo to pre mňa príliš ťažké obetovať to moje XXS za to, aby som znovu nejako nabešla na normálne, celé to bolo zlé. ... Ja som takto získala veľa chlapov, veľa vzťahov, veľa pozornosti, veľa úspechu u ľudí. Žiaľbohu je to tak, keď je žena atraktívna a taká energická ešte, temperamentná, tak veľa dosiahne aj čo sa týka pracovných úspechov. A ešte ambiciózna. Takže a to bol ten problém, prečo som nikdy nehľadala nejakú odbornú pomoc. Nikdy.*
- *Takže jsem o sobě vždycky hodně pochybovala a právě to, abych byla hubená, pro mě znamenalo, že to je něco, co je vždycky hned vidět. To je taková přednost, která je jasná. To, jestli jsem sečtělá nebo něčemu rozumím, to už se musí naskytnout příležitost to ukázat. Ale to, že jsem hezká a hubená, to je moje přednost, za kterou mě budou cenit hned. ... Takže tohle to vím dneska. Já myslím, že i tenkrát jsem to věděla, ale vím moc dobře, že tohle byl ten hlavní motiv. Takže si vlastně i zpětně furt rozumím a chápu, proč jsem to měla potřebu udělat. A vím, že jsem to věděla i tenkrát, že jsem si chtěla tady za tím jít a chtěla jsem si tohle to udržet, i když jsem věděla, že bych mnohem spíš měla jít na terapii a obklopit se lidmi, kteří mě budou mít rádi takovou, jaká jsem, i kdyby to*

bylo sto kilo, tak prostě jsem chtěla tohle to si odškrtnout, abych to dokázala sobě, že tuhle tu přednost furt mám.

Respondentky také zmiňovaly **pocity euforie** spojené s nemocí:

- *Věděla jsem to, ale prostě něco tam bylo, co bylo svým způsobem příjemný na tom mít prázdný žaludek, příjemný na tom každý den se vážit a vidět to číslo, třeba zůstat stejný nebo jít dolů.*
- *A nejhorší na tom je, že vlastně se z toho ani dostat nechci. Zní to fakt zle a vím to a je to hrozný, ale dostat se z toho nechci, protože vím, že mi to přináší právě to štěstí, tu euforii.*
- *A pak samozřejmě byly i chvíle, kdy jsem to chtěla vzdát (úzdavu) a říkala jsem si, že tak já v tom budu žít celý život, to nemá cenu tady tohle řešit. A občas jsem měla pocit, že jsem byla šťastnější předtím, v tom úplně nejhorším stavu samozřejmě. To jako člověk má občas takový pocit, což nebyla vůbec pravda, ale tak ta nemoc asi nějakým způsobem funguje.*
- *Protože jsem vlastně vnímala už v tu chvíli, že z toho mám naprosto neadekvátní potěšení, že to není takový, že bych se jako vyzvracela a chtěla jsem vlastně brečet z toho, co jsem to udělala, ale vlastně jsem se cítila dobře, měla jsem pocit, jak kdybych si fakt asi dala drogu nebo tak. Prostě naprosto jako dobytí nějaký potřeby, na kterou jsem čekala, a to bylo prostě okamžitý.*

Objevovalo se též téma zážitku **mistrovství a získání kontroly**, které bylo již zmiňované v kapitole ohledně popření nemoci:

- *Nelíbilo se mi samozřejmě, že rodiče k tomu měli svoje přípovědky, měla bys jíst a takhle. Já jsem ale zjistila, že mě to naplňovalo, protože jsem měla něco pod kontrolou. Já sama jsem si mohla zvolit, kolik toho budu jíst, vážila jsem se, měřila jsem se, okukovala jsem se v zrcadle. Takže mít to pod kontrolou pro mě bylo strašně důležité a dávalo mi to pocit, že jsem lepší než ti ostatní, takový pocit nadřazenosti.*
- *Nevím, co mi to dalo, asi nějaký pocit, že to mám ve svých rukách, že to můžu nějakým způsobem kontrolovat, že si to můžu rozhodovat sama.*

Dále se objevovalo téma **výhod spojených s rolí nemocné** a s reakcemi okolí:

- *“Narazila jsem na nějaký web, a bylo to pro lidi s poruchou příjmu potravy, byl tam chat, byly tam různé skupiny, jídelníček a různé oblasti, do které člověk mohl psát. Víím, že sem tam hodně jako psala, co se se mnou děje, zároveň jsem trošku sondovala, jak to dělají ostatní, jak jako jí ostatní. Dávala jsem tam svůj jídelníček a cílem ve skutečnosti bylo slyšet, že to je málo. Člověku to udělalo radost, že jí málo, teď tam získal i nějakou tu pozornost.*
- *Že ja chcem byť, aby ma ľutovali. Ja proste nechcem byť normálna, nechcem zobrat tú zodpovednosť, aby zase všetci odo mňa očakávali niečo. Ja chcem byť radšej tá chorá, tá krehká, tá čo nemôže, tá čo je stále unavená. Ono je veľmi pohodlná pozícia pre tú babu. Nemusíš dospieť, všetci ťa ľutujú, nikto od teba hlavne nič nečaká.*
- *Když si čtu svoje staré deníky, tak mi tam vyvstává velký motiv, a to je to, že jsem chtěla, aby se o mě taťka bál. Protože od mamky jsem dostávala lásku tak, jak sem jí jako potřebovala, já k ní zajdu a obejmeme se, nebo spolu ležíme na gauči a říká mi to, umí to říct, umí se vyjadřovat v tom, jak co ke komu cítí. A můj taťka k tomu nikdy nebyl vedený, tak jsem neměla určitou dobu pocit, že mě má rád a chtěla sem, abych viděla, že mě má rád a aby se o mě bál.“*

Respondentky zmiňovaly také využívání PPP jako **formy sebepoškozování** spojené s prožívanou **nenávistí k sobě samotné** nebo ke svému tělu, které je odrazovalo od vyhledání další pomoci:

- *Ale ve skutečnosti jsem to úplně řešit vlastně nechtěla. Jako nebavily mě ty trýznivé myšlenky v hlavě, o těch jsem chtěla mluvit, aby nebyly. Ale zároveň člověk nechce jíst a přijmout to tělo. Velký problém byl se sebenenávistí, to byla taková nejsilnější emoce, kterou jsem vnímala, takový odpor k tělu a že jsem ho vnímala jako tlusté, odporné monstrum.*
- *Proč jsem to dělala, to jako nebylo kvůli nim. To bylo, že oni zničili moji vlastní představu o mně samotný a já pak ničila sama sebe.*

Mimo oblast získávání výhod z nemoci se v souvislosti s nižší motivací ke změně objevilo téma **nedostatečné naděje** a víry v možnost uzdravy:

- *A já vím, že tehdy jsem v té vaně brečela a že jsem si říkala, že se jako fakt chci uzdravit, že takhle hubená nechci být a už se mi to samotný nelíbilo. Ale proč jsem brečela - že mi přišlo, že chci, ale že to nedokážu. Že to bylo takové rozdvojení, kdy za vás chvíli mluví ta nemoc a chvíli si uvědomujete, že to nechcete a že to chcete jinak. Ale jako hrozný rozkol a takový dost nepopsatelný pocit. "*

Ve více rozhovorech se objevovaly zmínky ohledně **nepříznivých situací**, které vzniku nemoci předcházely a vedly k negativnímu vztahu k sobě a později k rozvoji nemoci. Jednalo se např. o témata opuštění ze strany rodičů, zanedbání péče, výrazné kritika a tlaku na výkon, zažívání šikany nebo vyčlenění z kolektivu vrstevníků, zkušenosti se sexuálním obtěžováním, problematické partnerské vztahy. V některých rozhovorech klientky vznik nemoci jako copingového mechanismu samy popisovaly:

- *Snazila jsem se být anorektičkou, protože já sem si hledala různé informace o té anorexii a chtěla sem tak dát těm ostatním najevo, aby už mě nechali být. Já jsem se tímhle způsobem bránila, místo toho abych se jim postavila a řekla jim to do očí a nějakým způsobem jsem se bránila. Jenomže ono to nešlo, protože proti celý škole jako já sem asi nic moc nezmohla, takže sem přestala jíst a chtěla sem prostě být co nejhubenější.*
- *Pak zase byla nějaká dobrá životní fáze, tak sem to neměla potřebu tak jako řešit, ale vždycky, když se něco jako pokazilo, tak sem šla do tohohle, protože zároveň mi to jako zaměstnávalo hlavu 24/7 a nemusela sem přemýšlet nad jinými problémy, které tam jsou.*
- *Já jsem neměla potřebu hledat psychologa, protože jsem si byla velmi dobře sama vědoma toho, co se děje a věděla jsem, že to je problém, věděla sem, proč ho mám, a takže jsem neměla potřebu se o tom s někým bavit. A vlastně jsem tak nějak i věděla, že v momentě, kdy to budu chtít vyřešit, tak budu mentálně schopná, že je to prostě o tom, že si k tomu musím sama dozrát.*

V souvislosti s tímto mechanismem více respondentek uvedlo, že jim k vyšší motivaci k úzdavě pomohly **změny v jiných životních oblastech** a získání stabilních pilířů mimo PPP. Mohlo se jednat o změnu v pracovní oblasti, v kolektivu, přechod do jiné školy nebo zájmového kroužku, změny ve vztazích a získání či posílení

podporujících vazeb. Tyto změny samy o sobě nevedly k vyhledání odborné pomoci, ale spíše podpořily samotný proces uzdravy. Více respondentek uvedlo, že se až po delší doby od akutní fáze nemoci rozhodly vyhledat psychoterapeutickou podporu pro zaléčení v těch oblastech, které ležely pod rozvojem symptomů PPP.

- *Ešte důležitá vec, chcem povedať, že v rámci to, že som chodila na stacionár proste nebolo dost'. Lebo táto choroba mi zničila každý aspekt môjho života. Nemala som vzťah s rodinou, nemala som normálnu prácu, zo školy som odišla, nebola som schopná dokončiť školu. Proste môj život stál takmer na ničom, nemala som istotu v ničom. Nemala som nič. Iba tú chorobu. Takže ja som ju potrebovala vlastne. A keďže na stacionáre mi ju chceli zrazu zobrať, ja by som nič iné nemala. Podľa mňa to bolo príliš skoro, ísť tak radikálne, že to akože úplne vziať. A ja som nemala schopnosti nadviazať vzťahy s rodinou. Ja som mala strašnú hanbu.*
- *Já jsem z toho nejdřív byla hrozně zmatená, kolik jsem toho přibrala, ale na druhou stranu, jak sem si tam zvedla to sebevědomí, tak sem si ani nepřipadala nějak tlustá nebo takhle, ale už jsem se dokázala smířit s tou mojí postavou.*
- *Já sem se pak přestěhovala do jiný země, začala sem žít normální studentský život, obklopila sem se úplně jinou sociální skupinou, obklopila sem se prostě normálními lidmi a to mi hrozně otevřelo oči. Najednou jsem zjistila, že ti lidi mě mají rádi, i přestože teda jsem v úvodzovkách tlustá, že jim je úplně jedno, jak vypadám a že jim je úplně jedno, jak rychle běhám nebo jako dobře sportuju. To mi strašně pomohlo to vytržení z té situace, ve které sem byla, já sem v tu chvíli prostě asi přestala tu váhu řešit, zaměřila sem se na jiný věci.*

Dalším z faktorů podporujícím vyšší motivaci ke změně byla postupná deziluze z původně vnímaných a důležitých pozitiv nemoci:

- *Lebo ja som si myslela, že keď budem chudá, tak budem šťastná. Že proste keď všetci budú po mne ísť a budem atraktívna pre každého, tak budem šťastná, ale nebola som. Vôbec. Ja som práveže ani ako v úvodzovkách to nevyužila nejak moc, pretože som nebola schopná fungovať, ja som nebola schopná ísť na tú diskotéku a užiť si to. A vlastne ani tí chlapi so mnou nevedeli vydržať, lebo to*

bolo na nevydržanie. Nonstop sa skrývať, že jo: „A kde si večer?“ A klamať. Čo mu poviem? No zvraciam no (smiech), no proste čo som mala povedať?

- *Ale myslím si, že to trvalo jako velmi krátce, protože jak ta nemoc postupovala, tak já jsem byla hrozně podrážděná, neměla sem vůbec žádnou energii. Takže jsem opravdu fungovala, že sem ráno vstala a šla sem do školy a po škole jsem šla hnedka domů a byla sem zavřená doma, většinou sem se klepala zimou a furt sem přemýšlela o jídle. Takže pro mě ta nemoc byla jeden velký paradox, že u mě to začalo tak, že se chtěla být součástí kolektivu a myslela sem si, že toho dosáhnu tím, že budu hubená a přijímaná a oblíbená. Ale vlastně jsem skončila úplně sama doma, omotaná kolem radiátoru, abych se aspoň trochu zahřála.*
- *Tam byl v určitou chvíli zlom, že - do určitý míry jsem to vlastně neviděla a byla jsem pyšná na to, jak jsem dokázala být hubená. Ale pak už jsem to viděla a samotný mi to přišlo ošklivé. Takže to, že jsem měla nejmenší velikost oblečení a furt mi byla velká a už to opravdu nebylo na pohled hezký a nebylo hezký zažívat nějakou tu zpětnou vazbu, která přicházela buď ústně, anebo jenom pohledem.*

V kategorii motivace ke změně je důležité uvést i téma prožívaných **jiných psychických a fyzických potíží nebo negativních dopadů na život jedince**. Ty se v rozhovorech objevovaly, ale spíše v souvislosti s postupným uvědomováním si závažnosti nemoci. V některých rozhovorech vedly ke zvýšení motivace k vyhledání odborné pomoci, ale pouze v některých případech souvisely s vnitřní motivací ke změně a k úzdravě:

- *Donutilo mě k tomu (vyhledání pomoci) vlastně ta finanční část toho problému.*
- *Najhoršie na tom bolo, že to išlo strašne do peňazi a nevedela som, čo mám robiť, odkiaľ mám tie peniaze brať. To jednoducho, bolo to veľmi ťažké obdobie. A vtedy som si povedala, že tak, tak to skúsím, tak možno tie antidepresíva.*
- *Ale ve skutečnosti jsem to úplně řešit vlastně nechtěla. Jako nebavily mě ty trýznivé myšlenky v hlavě, o těch jsem chtěla mluvit, aby jako nebyly.*

Některé respondentky popisaly nedostatek motivace k léčbě ve chvílích, kdy byla nemoc v částečné remisi nebo v mírnější formě a projevy tak odpovídaly spíše

předklinickému obrazu disordered eating. Respondentky v této fázi vnímaly, že negativní vliv nemoci na každodenní život pro ně nebyl nijak zásadní:

- *Jinak mě to vůbec v tu chvíli nepřišlo. Mně se nekazily zuby, mně se potom i docela srovnala ta váha, já sem nebyla ani tlustá, ani hubená, byla sem taková prostě normální, takže sem neměla motivaci to nějak řešit. I jsem zvládala během pracovních dní jíst normálně a tohle dělat už potom třeba jenom jako něco, na co sem se těšila jednou za pár dní (přejídání a purgace).*
- *Ne - viem, že sú na to techniky, ale zasa ani nevidím dôvod, prečo by som to mala robiť, keď dokážem fungovať normálne, že sa aj najem. Lebo to, čo som ja vyvádzala, to bol extrém. Ako ješ len tvaroch, nonstop a nič iné, to je extrém. Ale dneš- teraz si už sledujem, aby som mala normálne zdravú, nemám žiadne nejaké deficitu takže a fungujem a nemám podváhu, takže nevidím dôvod prečo to tlačiť.*

5.3.4 Znalosti ohledně zdrojů pomoci

Dané téma se v rozhovorech objevovalo ve velké blízkosti a v souvislostech s tématy postoje k léčbě, zkušeností s léčbou a celkové gramotnosti v oblasti duševního zdraví.

Míra znalostí ohledně možností léčby se napříč rozhovory lišila. Jedním z důvodů může být rozdílný věk respondentek jak v době, kdy nemoc propukla, tak v době, kdy se rozhodly podporu vyhledat. Čím nižší byl věk dané respondentky, tím menší bylo povědomí o možnostech léčby, a tím více bylo vyhledání odborné péče závislé na podpoře ze strany rodiny a okolí a na jejich vědomostech. Míra znalostí se dále měnila u jednotlivých respondentek v průběhu průchodu nemocí a uzdravy. Většina z nich si v průběhu nemoci aktivně zjišťovala informace a znalosti se tak postupně rozšiřovaly.

Většina z respondentek měla i v počátcích cesty k uzdravě povědomí alespoň o některých zdrojích pomoci - ať už se je rozhodly využít, nebo ne. Zároveň žádná z respondentek neměla dostatečně hluboké znalosti ohledně možností specializované, komplexní a multidisciplinární péče - což je přirozené vzhledem k věku respondentek i vzhledem k obecně očekávané míře laických znalostí. Dostačující povědomí o možnostech facilitovalo vyhledání pomoci, nedostatečné hlubší znalosti však měly

vliv na volbu oslovených odborníků a na další průběh léčby. Často souvisely s využíváním méně komplexní podpůrné sítě pomoci. Zde se objevuje důležitost tématu zkušenosti s léčbou. Zásahem odborníků a jejich edukací mohla být pozitivně nebo negativně ovlivněna míra znalostí ohledně dalších zdrojů pomoci a současně také postoje respondentů k léčbě.

Pokud nedošlo ke včasnému záchytu nemoci u dětského/praktického lékaře, **první volba odborníka** a podoba spolupráce byla spíše nahodilá. Mnohdy vycházela z předchozích zkušeností s danou formou podpory, z doporučení okolí, nebo z vyhledávání na internetu. Zde se objevuje také téma dostupnosti odborné podpory a volba alternativních možností, které mohou být pro nemocné bližší a dostupnější:

- *To jednoducho, bolo veľmi ťažké obdobie a vtedy som si povedala, že tak to skúsím, tak možno tie antidepresíva.*
- *Takže až skrze moju maminku, ktorá je praktická doktorka, tak keď už opravdu videla, že to se mnou není dobrý, tak se ozvala nějakým kamarádům, lékařům, kteří ji postupně odnavigovali na psychiatrickou nemocnici.*
- *Vlastně jsem začala chodit k jedné paní léčitelce, nemá doktorský titul, že jo, je to prostě taková ta magička, taková čarodějka, která mi samozřejmě strašně pomohla. Chodila k ní i moje mamka, my jsme tam chodily společně a moje mamka, když měla období prostě, co se týče práce, tam to úplně okej nebylo, tak taky jí hrozně pomohla.*

Další nastavení odborné spolupráce bylo často ovlivněno mírou **edukace a doporučení** ze strany prvního osloveného odborníka. Některé respondentky zmiňovaly setkání s odborníky, kteří nedokázaly správně vyhodnotit situaci a diagnostikovat vznikající nemoc. Tento přístup odborníků vedl k tomu, že respondentky **nenastoupily do další navazující léčby** a jejich následné hledání podpory bylo opět spíše nahodilé:

- *Možná jsem si to sama ani neuvědomila. Tak jsme šly k doktorce, kde mě ta doktorka úplně rozbrečela. Ona to samozřejmě nevěděla, nechci ji z něčeho obviňovat, ale chovala se ke mně hodně necitlivě. Vlastně mi řekla, že s tímhle má dneska problém spousta lidí.*

- *Já jsem jako sportovec měla přístup k výživovému poradci, který mi odmítl pomoci snížit váhu, protože to nepovažoval za nutný, on už upozoroval, že tam nějaký problém je a poslal mě k psychologce ... A já jsem tenkrát konverzaci stočila úplně na něco jiného, na něco co mě v tu dobu jako trápilo, a závěr toho sezení bylo, že teda netrpím poruchou příjmu potravy, že ten problém je pouze neznalost, což do určité míry asi jako byla, a vlastně doporučí - nebo vrátila mě k tomu výživovému poradci bez toho, že bych potřebovala nějakou jako další péči.*

Některé respondentky vnímaly ze strany oslovených odborníků **nedostatečné sdílení informací** ohledně jejich stavu a nedostatečnou edukaci ohledně následujícího postupu léčby a případné nabídky jiných možností odborné péče, které by pro sebe mohly využít. To mnohdy vedlo k tomu, že se nastavení léčby neposunulo ke komplexní a specializované léčbě v multidisciplinárním týmu. Respondentky pak buď spolupracovaly pouze s jedním odborníkem, někdy se stáhly ze spolupráce úplně, a někdy byly jejich další pokusy o vyhledání podpory opět nahodilé. Mnohdy popisují pocity rozčarování, zmatení a nesrozumitelnosti procesu léčby:

- *Ty prášky rozhodně na začátku pomohly ve velkém měřítku tohle všechno zklidnit a tohle, ale nebyl mi daný žádný plán, to jsem docela potřebovala - nějaký řád a aby mi bylo řečeno, co vlastně mám za diagnózu, protože ta diagnóza mi ani nebyla řečená, já jsem si jí musela přečíst z příbalového letáku, jako na co беру ty prášky, což bylo (pauza) zvláštní (smích), ale zase nechci ten, hanit paní doktorku, rozhodně mi pomohla, kde bych byla bez ní, to fakt nevím.*
- *A ja som tam prišla a mala som veľmi negatívnu skúsenosť, pretože ja som čakala, že sa ma spýta na nejaké také, ja neviem, čo sa so mnou deje alebo čo. Ale ja som jej povedala presne tento príbeh, ktorý ti hovorím a ona mi povedala: No dobre, takže vyvolalo to vlastne stres, bola si príliš mladá, sama v zahraničí, chceli ste peniaze, takže akože stres to spustil. Ďalej, z osobnostných črt je tam perfekcionizmus a veľké nároky, no dobre, tak ja ti dám antidepresíva a tak o šesť týždňov sa uvidíme. Ešte sa mi postav na váhu, tak ma zvažila a povedala, že áno, mám príliš nízke BMI a to bolo celé. Príď na kontrolu o 3 mesiace.*

- *Ty návštěvy té psychiatrické nemocnice vypadaly tak, že mě zvažili na úvod, pak se procházel nějaký jako jídelníček, psala jsem si záznamy, samozřejmě jsem si v nich vymýšlela, pak si se mnou paní doktorka chvíli jako povídala, pak mě poslali ven a šla tam mamka a dostala jsem recept na nějaký ty prášky. Ale já si už nic dalšího vlastně nepamatuju. Nevím, jestli jsem to vytěsnila, nebo se to fakt nestalo, ale že bych dostala nějaký kontext, co se mi děje, proč se mi děje a jaká je prognóza nebo co se bude dít dál, tak to se vůbec nepamatuju.*

V některých případech si respondentky až s postupným získáváním zkušeností a informací ohledně možností léčby **zpětně uvědomily, jaká forma podpory by jim mohla být prospěšná** v minulosti:

- *A nějaké rodinné terapie, to nám vůbec nikdo nenabídl. Nebo nevím, jestli nabídl, ale myslím si, že ne. ... Ono by to bylo strašně super nejenom pro mě, ale i pro moje rodiče, který by se taky trochu zorientovali, co vlastně pro mě můžou udělat a jak se ke mně mají chovat a co třeba naopak jako říkat a dělat nemají. Mi přijde, že jsme to tak nějak vybojovali sami, ale že těch informací minimálně já jsem měla hrozně málo a mamka jich podle mě neměla o moc víc, že to bylo takový jako ze setkání na setkání, vždycky to přežijeme do té další návštěvy psychiatrie a já si teda budu psát, co jím, a zkusím jíst víc, ale jinak vlastně to byl hrozný zmatek a hrozný opar nevědomosti.*
- *Ja som čítala mnohé veci o rodinnej terapii. A hlavne keď je to, ide o dievča, ktoré je v adolescentnom veku. Či by to nebolo, podľa mňa by to bolo lepšie. Ako efektívnejšie alebo ako to mám povedať. Pretože aj v mojom prípade, zrejme to tam, ja som necítila oporu. Proste som si zažila tie negatívne stránky toho, tej výchovy, keď človek musí ako keby dozrieť a zobrať zodpovednosť príliš skoro.*
- *Nešlo to nějak prostě zastavit, a jestli jsem udělala chybu, že jsem se fakt neobrátila na nějakou výživovou specialistku, ale byla jsem pořád u té psychologičky a psychiatričky, které o té výživě moc nevěděly, no, a potom jsem si jako řekla, že prostě tady to nechci.*
- *Když si to tak jako zpětně probírám, tak mě přijde zvláštní, že mě ani nikde neposlali k žádnému psychiatrovi, že v podstatě rodiče tady toho psychoterapeuta našli, on působil přímo na psychiatrický klinice specializující*

se na poruchy příjmu potravy, takže tam mě chtěli i hospitalizovat případně, ale já jsem docházela jenom k tomu psychoterapeutovi, za psychiatrem mě nikdy nikdo neposlal, a asi ten psychoterapeut nevyhodnotil, že by byla nějaká medikace jako zapotřebí nebo tak. ... Nevím, jestli by mi to třeba pomohlo se z toho dostat rychleji, protože tady ty stavy mě hodněkrát jakoby stahovaly, si myslím, hlavně po večerech potom to bylo úplně nejhorší a tak mi trošku blokovaly ten posun v té léčbě.

V rozhovorech se také objevovalo nejenom téma samotných znalostí ohledně možností odborné léčby, ale také **přístupu k léčbě a stigma ohledně využívání odborné pomoci** v různých formách. Následující příklady ilustrují aktivní odmítání léčby ze strany respondentek, ale také důležitost destigmatizace využívání odborné pomoci související s podporou okolí, která může působit jako facilitátor v procesu jejího vyhledání a využívání:

- *Ja som tak ako stála, že: „No a v čom mi tie antidepresíva ako pomôžu?“ No samozrejme vtedy som ja vôbec nevedela o žiadnych nejakých biologických, že čo to sú vôbec antideva, alebo ako fungujú. A ja som si povedala nie. Ja to proste nechcem a nebudem brať. Akože nie.*
- *Co tedy musím říct, tak že mi taky hodně pomohly prášky. Předtím vždycky, když to skončilo tím neúspěchem, tak jsem je odmítala, říkala jsem si, že přece nebudu jíst prášky, vždyť je to úplně hrozný. Ale když člověk jako porovná dopady poruchy příjmu potravy a dopady těch prášků, tak ty prášky jsou daleko lepší, si myslím. Navíc se dají vysadit. Hodně lidí ty prášky brát nechce, a myslím si, že, že je to určitě cesta, když už je to jako hodně špatný.*
- *A okolo lidi začali taky chodit všude k psychologům, na psychiatrii, a takže jako ani to tušili (rodiče), ale já jsem je jako je poprosila, jestli bych mohla. ... Já si myslím, že je to i tím covidem, že teď se nám zmínily i paní učitelky, že navštěvují psychology, takže pak když jsem přišla s tím, že potřebuju dlouhodobě uvolňovat z nějakých hodin, tak to braly úplně v pohodě.*
- *Dokonce si pamatuju, že se mnou i mluvil o tom (bratr) a říkal, že se za to nemusím stydět, že chodím k psychologovi, že to je dobře. Protože já jsem se za to hrozně styděla a tajila jsem to a veškerý razítka od toho psychoterapeuta,*

když jsem měla ukazovat ve škole, tak to bylo pro mě strašný, když jsem třeba potřebovala omluvenku.

- *Prarodiče, co jsem hodně dlouho s tím čekala, než jsem jim to řekla, a pak jsem zjistila, že oni vlastně o tom už ví, jestli jsem se prokecla, nebo jestli to jde vidět, nebo já nevím. Ale prostě oni o tom věděli a vůbec jako nad tím nereagovali a říkali jakože jsem zodpovědná, že jsem si o tu pomoc řekla a to mi fakt spadl kámen ze srdce.*

V souladu s postupným získáváním informací ohledně možností léčby a se zvyšováním míry motivace více respondentek vyhledalo terapeutickou podporu až později v částečné nebo úplně remisi. Toto bylo v protikladu s výše zmíněnými odpověďmi respondentek, které naopak v částečné remisi, kdy potíže natolik nezasahovaly do jejich života, neměly dostatečnou motivaci podporu vyhledat. Jiná skupina respondentek, které využívaly terapie intenzivně již během akutní fáze nemoci, spolupráci v remisi spíše postupně rozvolňovaly a ukončovaly. U některých respondentek bylo motivací k vyhledání terapeutické podpory s odstupem zaměření se na komorbidní potíže, u některých doléčení a zpracování relapsu, u některých důraz na preventivní péči o duševní zdraví:

- *Až postupně jsem to tehdy řekla příteli a moji kamarádce a viděla jsem tu jejich reakci, že tam opravdu není kolem toho nějaký stigma, že bych byla horší nebo špatná, že jsem si tím prošla. Tak to ve mně trošku otevřelo vůli o tom tématu mluvit, a pak sem i začala chodit na psychoterapie, kde to téma tu a tam otevřu. Já myslím, že s tím životem souvisí hrozně moc, že se tak jako prolíná různými tématy.*
- *A pak přišel ten návrat ke sportu a ty vzpomínky se začaly hrozně vracet, a mně potom - za prvé jsem vyhledala pomoc terapeuta, tedy s tou terapeutkou pracuju dodneška i přesto, že vůbec nemluvíme o poruchách příjmu potravy, protože prostě to pro mě není aktuální, ale i o jiných aspektech v životě. Já to považuju za naprostou samozřejmost teď, že mám terapeuta a že s někým mluvím. Protože sport je obrovský tlak na výkon a je to obrovský stresor, takže práce s terapeutem je pro mě naprostou součástí té přípravy na ten výkon.*

- *Byla jsem u jedné paní (terapeutky), což je strašně sympatická paní, která mě právě naučila - já už jsem byla úplně unavená z toho se babrat neustále v té minulosti, kde co jak vzniklo, jak to bylo, bla, bla, bla. Já jsem ji to řekla na rovinu, říkám: „Já chci řešit ty pocity, který pocituju za poslední třeba čtvrt rok, pojďme řešit teď a tady, ne to, co bylo. Já vím, kde to vzniklo, já vím, čím jsem si prošla, já už se v tom babrat nechci. Já chci řešit tu aktuální situaci toho, že mám nějaký relaps, proč mám relaps, co se to děje. A vlastně byla jsem u ní jednou a byly jsme potom hodně na telefonu a volaly, a mně to stačilo k tomu, aby mi prostě (lusknutí prstem) to takhle secvaklo a aby to prostě bylo jako mnohem lepší a je to lepší, což je super.*
- *Ale minulý rok jsem dostala úplně - předminulý už - perfektní... že jsem dělala něco podobného, ale nebylo to vyložene s potravou, bylo to o tom, že jsem měla hrozný psychické problémy a zase sem je řešila takovým hysterickým sebeupozorňováním na sebe a pitím alkoholu. A dostala jsem úplně ukázkovou pomoc od svých kamarádů, který to vydrželi, který vlastně jsem dlouho nevidala, pak jsem za nimi přijela, viděla jsem je párkrát za sebou a vydrželi to dvakrát, potřetí už fakt bouchli do stolu a oznámili mi, že mám v pátek odpoledne termín u terapeutky, velmi nekompromisně. Tak to byla asi jako hodně ukázková pomoc.*

Důležitým tématem souvisejícím s vyhledávání možností podpory je také **vyhledávání a zneužívání informací ohledně symptomů PPP**. Často respondentky zmiňovaly hledání informací na internetu a na stránkách podporujících spíše setrvání v nemoci a soutěživost v ní. Podobně zmiňují výměnu informací mezi spolupacienty během hospitalizací, stacionářů nebo peer setkání, které ne vždy sloužily k získání informací ohledně možností údravy, ale spíše k podpoře v nemoci:

- *Možná jo, ale já jsem podle mě vždycky narazila na nějaké jako špatné (internetové zdroje), že to nebyl úplně dobrý zdroj informací a ovlivnilo mě to pak ještě v horším směru. Takže si myslím, že jsem to naopak úplně nevyhledávala.*

- *Tak je to vlastně špatně a musíte ještě snížit, takže podle mě takové weby, to je podle mě zlo, psát jídelníčky, bavit se o tom, co jsem jedla, to prostě k uzdravení nevede. Protože budete chtít vždycky jíst míň než ta druhá.*
- *Já si myslím, že když to má člověk okolo sebe, tak to má na toho člověka i trochu vliv. Že si ten člověk říká, hlavně když si prochází takovým obdobím, tak si říká: „Jo, tenhle člověk dělá tohle a hubne rychle, tak to udělám taky.“ Nevím, třeba jsem měla okolo sebe bulimika a říkala jsem si: „Vypadá to, že mu to pomáhá, když tak to zkusím taky a uvidím, co to se mnou udělá.“*
- *Keď sme chodili na ten denný stacionár, my sme s tými babami preberali strašne dlho, ale nie na terapii, ale mimo, všetky možné spôsoby ako vracať, ale neublížiť si. Typu čo zvracať, napríklad čokoládu nejst' nikdy, lebo to nevyzvraciaš. A samozrejme taká tá expertise na to, koľko kalórií má čo, koľko zjesť aby to, koľko čo má vlákniny.*

5.3.5 Podpora ze strany okolí

Vliv názoru a podpory okolí pro vyhledání či nevyhledání odborné pomoci byl v rozhovorech velmi výrazný, zejména v případech nižšího věku respondentek. Míra podpory okolí k vyhledání odborné podpory se lišila napříč rozhovory, ale také v rámci jednotlivých rozhovorů v závislosti na průběhu nemoci, vnímané závažnosti symptomů (zejména těch fyzických) nebo míře sdílení a sebeodhalení respondentek v interakci s jejich okolím.

V rozhovorech se nejčastěji objevovala podpora k vyhledání a nastavení vhodné péče. Méně častěji se objevovalo téma aktivního zapojení okolí do léčby. Většinou respondentek nebyla během spolupráce s odborníky doporučena rodinná forma terapie, a i aktivní rodiče tak do samotné léčby byly zapojeni spíše v roli dohlížejících a podporujících v rámci každodenního života.

Pět z respondentek zmínilo **vyšší podporu okolí k vyhledání odborné pomoci** jako facilitátor tohoto procesu. Někdy se jednalo o situace, kdy okolí podpořilo samotné rozhodnutí respondentek. V jiných případech bylo rozhodnutí okolí primárním hybatelem i ve chvíli, kdy samotné respondentky měly ambivalentní nebo nižší motivaci ke spolupráci s odborníky:

- *Já jsem fakt v té době i poprosila mamku sama, jestli bych někam mohla jít, jestli by mi někoho našla. V té době jsem byla ještě nezletilá, takže jsem sama věděla, že to bude hodně těžký a že už je to hodně špatný, takže jsem přijala všemmu pomoc, co jsem dostala.*
- *Ale pak si toho samozřejmě začala všimat rodina, rodiče hlavně, poměrně asi jako na můj vkus i docela brzo. Nebo šlo to určitě i dřív, ale asi fakt, že když s tím člověkem jsi každý, tak si toho hnedka nevšimneš, že je něco špatně. A já jsem byla hodně pryč, tím, že jsem měla ty tréninky a školu, takže ráno jsem před nimi něco snědla, aby viděli, že něco jím, večer taky něco trochu, aby jako: „Jo, koukejte, mám tu večeři.“ Takže pak to rodiče začali řešit nějakým způsobem, asi i docela dobrým, našli mi pomoc s jednou mojí kamarádkou. ... V podstatě rodiče tady toho psychoterapeuta našli, on působil přímo na psychiatrický klinice specializující se na poruchy příjmu potravy.*
- *Pak když si (rodiče) uvědomili, že to asi není tím, že bych si něco jenom tak vzala do hlavy, že by se to dalo nějak zaplácnout, tak to začali řešit tak, že mě zkoušeli objednat k psychologovi. Tam jsem tedy chodila, ale přece jenom ten psycholog do mě nemůže cpát dennodenně nějaké jídlo, takže já pokud jsem nechtěla sama, tak ten psycholog mi vlastně ani neměl šanci pomoci.*
- *Takže až skrze moji maminku, která je praktická doktorka, tak když už opravdu viděla, že to se mnou není dobrý, tak se ozvala nějakým kamarádům, lékařům, kteří ji postupně odnavigovali na psychiatrickou nemocnici, kam jsem začala ambulantně dojíždět na dětskou psychiatrii.*
- *Já jí to neřekla (matce). Ona už to viděla, takže mě furt přesvědčovala o tom, že jsem nemocná a já jí furt dokola říkala, že ne. A ze začátku v té době anorexie to bylo úplně v pohodě, prostě nějak tak to chápala, byla z toho nešťastná, hodně jsme o tom mluvili, já o tom nerada mluvila. A vyhledali jsme tu doktorku. A ta mě nějak tak tlačila, já jsem teda nechtěla, nakonec jsem šla.*

U respondentky, která v akutní fázi nemoci vyhledala pomoc léčitelky, hrálo důležitou roli doporučení ze strany matky a vnímaná blízkost této podpory:

- *Vlastně jsem začala chodit k jedné paní léčitelce, nemá doktorský titul, že jo, je to prostě taková ta magička, taková čarodějka, která mi samozřejmě strašně*

pomohla. Chodila k ní i moje mamka, my jsme tam chodily společně a moje mamka, když měla období prostě, co se týče práce, tam to úplně okej nebylo, tak taky jí hrozně pomohla.

Nižší podpora k vyhledání odborné pomoci mnohdy souvisela s nedostatečnými znalostmi o možnostech léčby v okolí, se stigmatem spojeného s nemocí nebo léčbou, či s popřením, bagatelizací a nevnímáním závažnosti nemoci. Spolu s nedostatečnými znalostmi o tématu a možnostech řešení se často objevovala témata viny rodičů, jejich zamrznutí při setkání se s tématem PPP nebo nevhodné a úzkostné řešení situace, např. křikem, nucením do jídla, emoční manipulací.

- *Iba že tak to vedeli. Mama s tým nevedela robiť nič, ako ona plakala, skúšala, že: „Nie je ti ľúto to jedlo?“ Proste, že jo: „To je škoda. Načo to ide zvracať do záchoda? Nechaj nám.“ No proste nevedela, nevedela čo má robiť.*

Vliv tohoto faktoru zajímavě ilustruje zkušenost jedné z respondentek, kdy byla míra podpory členů rodiny k vyhledání odborné podpory nesourodá:

- *V tu dobu, kdy se to odehrávalo, tak to bylo hrozný (smích). Moje mamka si to hrozně dávala za vinu, měla pocit, že ona za to může, že ona pochybila a vlastně nevěděla, co s tím, nevěděla si rady. Samozřejmě ona nám vyhledala lékaře, ona vyhledala terapeutky, ale ona sama nevěděla, co, jak nám pomoc. A tatka vůbec nevěděl, co dělat, jak se chovat, takže ten se úplně stáhnul a neangažoval se v tom. Ten z toho úplně vycouval, protože prostě nevěděl, co dělat. Takže zatímco mamka se nějak aktivně snažila, ale spíš se z toho hroutila, protože si to prostě dávala za vinu, tak ten tatka byl úplně pasivní a samozřejmě v naší rodině to pak způsobovalo hádky, vyhrocené situace. (Respondetka mluví v množném čísle, protože PPP se objevila u ní i u sestry.)*

U některých z respondentek mělo rozhodnutí a náhled rodičů zásadní vliv na nevyhledání odborné podpory:

- *Vyrůstala v tom, že ona (matka) je dost hubená a celý život o sobě říká, že je tlustá a drží diety, a i když mi prostě lezly všechny kosti ven, tak mi říkala: „To nic není, já jsem takhle byla taky v tvém věku, možná ještě víc hubená.“ ... Když*

to řeknu blbě, tak porucha příjmu potravy mi vylepšila vztah s mým tátou (smích), protože to nezapíral a protože to prostě vzal, to, co jsem mu řekla. A řekl: „Jo, dobře.“ A řekl mi právě i to, že ho doktorka, ta moje obvoďačka, na to upozorňovala. Ale že to taky vlastně nechtěl řešit, protože to nebylo nějaké hrozné, mohla jsem normálně fungovat a nebylo to, že bych hubla víc a víc. A říkal, že o tom věděl, a že si to myslel. A nevím, jestli třeba se o tom bavil s mamkou a ta ho přesvědčila, že to tak nebylo.“

- *A pak se to nějak začalo řešit a asi se to nezačalo (smích) řešit úplně tím nejlepším způsobem. Zároveň chápu ty rodiče teď, že to pramenilo z nějakého strachu a bezmoci a beznaděje. Ale byla tam spousta takových hysterických momentů, kdy nade mnou mamka stála nad tím jídlem a křičela na mě, já křičela na ni, a pak jsem to tedy snědla a pak jsem to šla vyplivnout, protože jsem to měla jenom v puse. ... No, a pak se to nějak vezlo. Jakmile na to přišli naši, tak mě hlídali a donutili mě nějakým způsobem i jíst. A potom to, co jsem zhubla, tak to jsem zase přibrala nazpátek po nějaký určitý době. A už se to tak moc neřešilo, protože jsem nevypadala nemocná, prostě to tělo vypadalo zdravě, tak už ten problém jako nebyl. Ale asi (smích) ten problém byl v mé hlavě daleko větší, než kdy předtím. Nebo cítila jsem se daleko hůř, než když jsem byla hubená a potom ty roky byly takový hodně střídavý. ... Mám pocit, že to naši měli jako takovou výzvu pro sebe - nešli jsme nikam v ten moment. Jestli to mamka řešila někde bokem, to se ke mně už nedostalo. Ale když jsem si s ní o tom povídala později, tak mi říkala, že částečně to bere i jako svoje selhání, že jsem se k něčemu takovému uchýlila, a asi to brala jako svoji chybu, tak to chtěla nějakým způsobem sama dotáhnout, aby to nějakým způsobem napravila.*

Na závěr této podkapitoly je důležité zmínit, že faktor podpory okolí ve vyhledání odborné pomoci se v rozhovorech vynořil jako odlišný od faktoru podpory okolí k úzdavě. Podporu ze strany okolí k úzdavě popisovaly respondentky různými způsoby: možnost svěřit se v okolí, pochopení a naslouchání, budování bezpečných vztahů, možnost být v kolektivu autentická, podpora v budování zdravého vztahu k tělu a vyváženého stravování, získávání ujištění od blízkých v této oblasti. Podpora k vyhledání odborné pomoci tak byla jen jednou z možností, jak okolí mohlo respondentky podpořit. Zároveň je ale v zajímavé pozici oproti podpoře k úzdavě –

ve chvíli, kdy se s podporou okolí dařilo situaci nemoci dostatečně dobře zvládat, nebyla odborná pomoc vnímána jako potřebná. Toto se měnilo u některých respondentek v remisi nemoci a souviselo s pozdějším vyhledáním terapeutické podpory. V této situaci odbornou podporu často nevnímaly jako “poslední řešení v nemoci, když okolí selže”, ale jako důležitou součást prevence a další možný pilíř podpory.

5.3.6 Pravidla ohledně svěřování

Téma interních pravidel ohledně svěřování za účelem získání podpory se v průběhu analýzy rozhovorů vynořilo jako nový motiv. Dané téma tedy nebylo v teoretickém pozadí zmíněno. Jedná se o vnitřní soubor pravidel a norem ohledně toho, v jaké situaci a zda vůbec je daný člověk nakloněný se s potížemi za účelem vyhledání pomoci svěřit, nebo ne. Samotné svěřování může proběhnout směrem k lidem v přirozeném okolí, nebo směrem k odborníkům.

Toto pravidlo se ne vždy objevovalo v souvislosti s PPP. Respondentky též hovořily o svěřování se (či nesvěřování se) okolí s jinými potížemi, které souvisely s jejich psychických zdravotím (např. zkušenosti se šikanou, sexuálním obtěžováním, úzkostmi, depresemi).

Tato pravidla byla určitým způsobem v interakci skoro se všemi ostatními faktory. Krok ke svěřování v rozhovorech souvisel s vnímáním toho, co svěřování se s potížemi může přinést a co naopak nepřinese. Někdy souvisel s pocitem, že říct si o pomoc znamená implicitní selhání v souvislosti s tím, že člověk potíže nezvládne vyřešit sám. Jindy se objevoval strach z toho, že svěřování se člověk druhým ublíží - zejména v souvislosti s rodiči. Objevovalo se také implicitní přesvědčení, že svěřování a vyhledání pomoci nepřinese nic nového nebo užitečného. V tomto ohledu souviselo svěřování s vnímaným bezpečím okolím, ale také s vnímáním míry vlastní soběstačnosti. Toto pravidlo bylo někdy zmíněné v souvislosti s okolím a s tím, do jaké míry je vzájemné svěřování za účelem získání podpory normalizované v rodině nebo ve školním prostředí. V očekávané reakci také souviselo jak s tématem stigmatu duševních potíží, tak s tématem míry podpory ze strany okolí. Někdy také souviselo se zkráceným vnímáním závažnosti nemoci.

Podobně jako u vyšší míry zkraslení ty respondentky, které popisovaly **negativní pravidla ohledně svěřování se**, odbornou pomoc nevyhledaly, nebo vyhledaly v nižší míře (např. jednorázová konzultace, nižší míra sebeodhalení ve spolupráci):

- *Ale nevěděla jsem zároveň, jak z toho ven. I když jsem o tom věděla spoustu věcí takových hodně povrchových, tak jsem furt nevěděla, jak z toho ven. A tuším, že každá moje seminárka a nějaká prezentace na gymplu, která o tom byla, tak byla asi částečně takový křik o pomoc. Ale celkově jsem měla problém si říkat o pomoc, jako že to nezvládnou sama, že na to jako musím někoho mít. ... Kdybych tohle měla v sobě zakořeněné v té době, že s těmi problémy se chodí, že je lepší jít s tím za někým a nebyť na to sám, tak to možná zpracuju líp.*
- *Já jsem potom stejně šla svojí cestou a snažila se sama. Možná, myslím si, že kdybych si o pomoc řekla, tak určitě by se mi té podpory dostalo, ale já jsem to nikdy... Já jsem se celkově s problémy hrozně nerada svěřovala.*
- *Jenže když už přijde na to, co já dělám se svým tělem, tak jim to nerada říkám, protože vím, že by byli zklamaní a byli by z toho smutní. A to já právě nechci. Já nechci, aby moji rodiče byli, aby vlastně měli - nechci jim přinášet ještě další potíže a ještě další starosti. I když podle mě to asi i tušili, protože je nemožný, aby si toho nevšimli aspoň trošku.*
- *Já jsem neměla potřebu hledat psychologa, protože jsem si byla velmi dobře sama vědoma toho, co se děje a věděla jsem, že to je problém, věděla sem, proč ho mám, a takže jsem neměla potřebu se o tom s někým bavit. A vlastně jsem tak nějak i věděla, že v momentě, kdy to budu chtít vyřešit, tak budu mentálně schopná, že je to prostě o tom, že si k tomu musím sama dozrát.*

Zároveň více respondentek uvedlo rozpor v tom, jak situaci samy řešily, a co by si pro sebe nebo pro ostatní přály:

- *Asi bych vlastně jako ráda předala nějakou zprávu, že se nemusí jednat jenom o ty extrémny jako je anorexie a bulimie, že opravdu i jako nesvoboda v jídle, že to tím může začít a že je potřeba to řešit a že čím dřív se to začne řešit, tím jako větší šance je na to uzdravení a bude to ta cesta rychlejší.*

- *Když bych měla být upřímná, tak nebuďte jako já (smích). Když na sobě cítíte, že se něco děje, něco není úplně správně, něco je špatně, tak opravdu to někomu řekněte, komu můžete věřit, někomu blízkému. A třeba když jste hodně mladí, tak to je právě úplně nejlepší, co byste mohli udělat, třeba jít za rodiči, pokud si s nimi můžete v klidu povídat samozřejmě.*
- *Ať si řeknou o pomoc, že na tom není nic špatného. A že pokud mají pocit, že třeba nejsou dost nemocní, aby dostaly tu pomoc, třeba si říkají, že nejsou dost hubení, aby si řekly o tu pomoc, tak ať se o tom třeba jenom s někým pobaví. Že to ani nemusí být úplně rovnou ten problém, nebo rovnou nějaká diagnóza, ale čím dřív si - čím dřív bych si řekla (smích) o pomoc, tím dřív by to skončilo a nemusela bych se v tom sama plácát 7sedm roků.*

5.4 Shrnutí výsledků

Tato podkapitola odpovídá na položené výzkumné otázky, přičemž shrnuje výsledky výzkumu a porovnává je s teoretickým pozadím.

5.4.1 Charakter faktorů

Výzkumná otázka 1: V jaké podobě se v rozhovorech objevují předpokládané bariéry a facilitátory ovlivňující vyhledání odborné pomoci?

Stigma, stud a trivializace nemoci jsou jako faktory ovlivňující vyhledání nemoci v rozhovorech zmiňované častěji, což odpovídá tomu, že i v teoretické části práce se jedná o nejvíce uváděné téma (Ali et al., 2017; Innes et al., 2017; Regan et al., 2017). V souladu s výzkumy (Ali et al., 2017; Becker et al., 2010; Holliday et al., 2005; Eiring et al., 2021) se téma stigmatu objevilo ve formě vlastního stud za onemocnění, strachu z předpokládaných sociálních ztrát a reakcí okolí, trivializace PPP obecně a konkrétněji trivializace PPP bez výrazných dopadů na vzhled a tělesnou hmotnost. V kontrastu s předpokládanými stereotypy ohledně nemoci (Roehrig & McLean, 2010) se ve zkušenostech respondentek neobjevovala přesvědčení, že si osoby s PPP za svou nemoc mohou samy, nebo že symptomy pouze využívají k získání pozornosti. Odděleně od tématu studu za nemoc se objevovalo téma vnímaného stigmatu ohledně různých forem odborné pomoci. Na rozdíl od výzkumné části, kde téma destigmatizace nebylo uvedené jako facilitátor vyhledání nemoci, se v rozhovorech objevovalo jako facilitátor

často v kontextech sdílení potíží, vyhledání odborné pomoci a setrvání v léčbě. Respondentky jej vnímaly jako důležité.

Popření nemoci a její závažnosti bylo v rozhovorech často zmiňováno jako bariéra ve svěřeni se blízkým lidem a ve vyhledání odborné pomoci. Toto je v souladu s výzkumy, které jej uvádí jako častěji se vyskytující faktor (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017). Ve shodě s výzkumy (Fabry et al., 2023; Akey et al., 2013; Vandereycken, 2006; Vandereycken & Van Humbeeck, 2008) se objevovaly tyto fenomény: Více respondentek si nejprve neuvědomovalo abnormalitu svého chování a fakt, že se může jednat o PPP, zároveň ani jednotlivé symptomy nevnímaly jako problematické. Popisovaly pocit kontroly nad stravováním, zpětně zhodnocený jako pouze domnělý. Uváděly výrazné odpojení od vlastního těla, popření závažnosti fyzických potíží a nezájem o své fyzické zdraví. Vzhledem k vnímané nízké závažnosti nevnímaly potřebnost léčby. Objevovalo se také srovnávání se s ostatními a zneužívání získaných informací o PPP. Systematická review uvádí náhled na nemoc jako facilitátor vyhledání pomoci (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017). V souladu s jinými výzkumy (Vandereycken & Van Humbeeck, 2008) se však role tohoto faktoru ukázala být ne zcela jednoznačná. Získávání náhledu, uvědomování si nemoci a závažnosti symptomů bylo u některých respondentek spojené se vzrůstáním vnitřní motivace ke změně a k vyhledání odborné léčby. Jiné respondentky ale uváděly nízkou míru motivace i ve chvíli, kdy si závažnosti potíží uvědomovaly, a potíže cíleně zatajovaly před okolím i odborníky.

Motivace ke změně byla v případě její nízké míry nebo ambivalentní podoby vnímána jako bariéra ve vyhledání odborné léčby, což odpovídá teoretickému pozadí (Ali et al., 2017; Innes et al., 2017). V souladu s uvedenou literaturou (Hepworth & Paxton, 2007, Leavey et al., 2011; Reye-Rodriguez et al., 2013) nízká motivace ke změně souvisela se strachem ze ztráty pozitivních aspektů nemoci. Objevovala se dle uvedené literatury předpokládaná témata: obavy z přibrání tělesné hmotnosti během léčby a odmítání této změny, vnímání nemoci jako copingové strategie poskytující útěk od náročných situací a emocí, přinášející pocit kontroly nad situacemi, pocit vnímaného mistrovství nebo žádoucí proces sebe-trestání. Jako nová témata se objevila: pocity euforie spojené s nemocí a výhody nemocné role ve vztahu s okolím. Některé respondentky zmiňovaly prožívání pocitu nepřipravenosti ke změně nebo kolísání

naděje na možnou změnu. Méně výzkumů zmiňuje vyšší motivaci ke změně jako facilitátor vyhledání pomoci (Ali et al., 2017). Ve výzkumu se motivace ke změně málokdy objevuje jako facilitátor prvního vyhledání pomoci, zároveň se ale často objevuje jako facilitátor posílení spolupráce s odborníky a většího sebeodhalení, také jako facilitátor opakovaného vyhledání podpory. Vynořuje se v souvislosti s deziluzí z vnímaných pozitiv nemoci, nebo v souvislosti se změnami v jiných životních oblastech, které vedly k pocitu připravenosti ke změně. Zde se mnohdy jednalo o vybudování větší stability v oblasti vztahů (rodina, kolektiv, partner) nebo v oblasti profesního směřování.

Znalost možností léčby byla při její nízké úrovni identifikována jako bariéra ve vyhledání odborné péče (Ali et al., (2017). Vyšší míra znalostí zároveň nebyla identifikována jako facilitátor vyhledání léčby. Tento faktor se ve výpovědích objevuje v komplexnější podobě a úzce souvisel s třemi dalšími faktory zmíněnými v teoretické části práce: s postojem k léčbě, předchozí zkušeností s léčbou a celkovou gramotností v oblasti duševního zdraví a PPP. Většina respondentek znala alespoň některé dostupné zdroje odborné pomoci, či si je dokázala vyhledat. Nedostatečně hluboké znalosti ale vedly k tomu, že první volba odborníka byla spíše nahodilá a další nastavení odborné léčby včetně míry jeho komplexity a flexibility dle potřeb pacientů bylo do velké míry závislé na doporučení oslovených odborníků. Kvůli tomuto momentu velmi úzce souvisela míra znalosti možností léčby se zkušenosti s léčbou a s přístupem a edukací od konkrétního odborníka. Zkušenosti s odborníky také ovlivňovaly přístup k léčbě a míru stigmatu ohledně využívání odborné pomoci. Negativní zkušenosti s odborníky zároveň ve většině rozhovorů nebyly bariérou ve vyhledání jiné odborné podpory. Respondentky postupně získávaly více znalostí ohledně nemoci a možností odborné pomoci a zpětně byly schopné lépe zhodnotit, jaká forma podpory by jim v minulosti byla více prospěšná. V souvislosti s tématem celkové gramotnosti v oblasti duševního zdraví se objevoval paradox zneužívání nabitých informací k posílení nemocného chování.

Podpora ze strany okolí je dle teorie jedna z častěji se objevujících bariér (při nedostatku podpory) i facilitátorů (v případě povzbuzení) ve vyhledání odborné pomoci (Ali et al., 2017; Regan et al., 2017). Toto výzkum zrcadlí. Vzhledem k nižšímu věku respondentek byla znát významná role tohoto faktoru. Pro některé respondentky

byla aktivní podpora ze strany rodiny důležitým hybatelem vyhledání pomoci a v kontrastních situacích mělo rozhodnutí rodičů podporu nevyhledat zásadní vliv na tuto trajektorii. V souladu s teorií (Wacker, 2018) výsledky ukazují, že podpora okolí k vyhledání pomoci je pouze jedním ze způsobů, jak může okolí napomoci procesu úzdravy. V kontrastu s teorií může mít ale podpora okolí k úzdavě někdy naopak roli bariéry ve vyhledání odborné pomoci - pokud se nemoc s podporou okolí daří dostatečně dobře zvládat, může být specializovaná podpora vnímána jako nepotřebná.

Pravidla ohledně svěřování se vynořila jako nový fenomén, který byl ve výzkumech zmiňovaný v souvislosti s podporou okolí (Wacker, 2018). Reflektuje soubor vnitřních pravidel ohledně toho, zda je sdílení potíží a svěřování se ostatním z pohledu dané osoby žádoucí, užitečné, vhodné a možné. Ovlivňuje jak proces vyhledání odborné pomoci, tak míry sebeodhalení ve spolupráci, a zároveň také míru vyhledávání podpory v okolí.

5.4.2 Vztahy faktorů

Výzkumná otázka 2: V jakých vzájemných vztazích jsou dané bariéry a facilitátory?

Analýza rozhovorů reflektuje to, že vyhledání odborné pomoci není jednorázový úkon a nelze jej redukovat pouze na prvokontakt s odborníkem, přestože prvokontakt je důležitým mezníkem a může v mnohém ovlivnit další směřování procesu léčby. Participantky se k vyhledání odborné pomoci často rozhodovaly opakovaně v různých fázích nemoci a úzdravy, měnila se frekvence spolupráce s odborníky i konkrétní formy využívané podpory. Míra aktivní spolupráce byla kolísavá, stejně tak míra sebeodhalení a motivace ke změně. Dané faktory se v průběhu rozhovorů objevovaly nejen v kontextu vyhledání odborné pomoci, ale také během rozhodnutí ohledně svěření se s potížemi okolí a blízkým osobám, nebo v kontextu míry sebeodhalení v již započaté spolupráci s odborníky. Velmi často se objevovaly ve vzájemné blízkosti a v překryvu.

Stigma ohledně poruch příjmu potravy se objevovalo buď v internalizované podobě u samotných respondentů, nebo ze strany jejich okolí či odborníků. Stigmatizující názory okolí úzce souvisely s mírou podpory okolí při vyhledání odborné pomoci, a zároveň vedly ke zvýšení internalizovaného stigmatu. Trivializace nemoci

souvisela s vyšší mírou popírání nemoci a nadhodnocením schopnosti kontrolovat symptomy své nemoci. Bagatelizace nemoci se v jedné výpovědi objevila také ze strany lékařky. V případě odborníků mohou stigmatizující názory souviset s tématy negativní zkušenosti s léčbou i s tématem nedostatku znalostí ohledně možností léčby (odborník neposkytne další edukaci a doporučení). Destigmatizace nemoci a léčby, přijímající a validující přístup ze strany ostatních úzce souvisel s vnímanou podporou okolí a s poklesem vnitřního studu.

Popření nemoci nebo zkreslení náhledu na její závažnost se kromě možné souvislosti s bagatelizací a stigmatem nemoci objevovaly také ve velmi úzké souvislosti s nízkou motivací ke změně. Vyšší míra náhledu ne vždy souvisela s vyšší mírou motivace, ale vysoká míra popření se vždy objevovala v úzké souvislosti s nízkou motivací. Častějším pojítkem mezi nimi bylo téma vnímané kontroly nad stravováním - v popření uváděly klientky pozitivní, ale zpětně reflektovaný falešný pocit kontroly nad jídlem, který byl velkým pozitivem nemoci a byl motivací pro to v ní pokračovat. Vysoká míra popření společně s trivializací nemoci také zvyšovala míru vnímané soběstačnosti. Také popření v podobě nedostatečného kontaktu s tělem a nezájmem o své fyzické zdraví souviselo s nízkou motivací ke změně současného stavu.

Motivace ke změně je objevovala jako zajímavý faktor. Často se nedostatečná motivace jako bariéra při procesu vyhledání pomoci prala s protichůdným facilitátorem podpory z okolí - více klientek vyhledalo podporu na základě doporučení a direktivity ze strany okolí ve chvíli, kdy jejich motivace nebyla vysoká. Zajímavá je také interakce motivace ke změně a popření nemoci. Z rozhovorů vyplývá, že vysoké popření nemoci výrazně podporuje negativní motivaci ke změně a pocit soběstačnosti. Náhled na nemoc však nemusí mít protikladný účinek - u některých respondentek byl náhled spojený se vzrůstající motivací, u jiných byl náhled přítomen, ale motivace ke změně nadále ne. V analýze tématu motivace se vynořilo komplexnější téma PPP jako copingové strategie a „připravenosti“ respondentek na léčbu ve chvíli, kdy vnímají různá pozitiva nemoci jako důležitá. Pocit připravenosti ke změně často přišel jako následek změn v jiných životních oblastech a vybudování jiných stabilních pilířů. Zde se často ukazovalo jako důležité téma podpory ze strany rodiny či blízkých - ne nutně podpory k odborné léčbě, ale celkově v oblasti budování kvalitních a podporujících vztahů. Zajímavá byla interakce faktorů motivace ke změně a psychických či fyzických

potíží a negativních dopadů na život. Některé respondentky neměly v částečné remisi dostatečnou vnitřní motivaci ve chvíli, kdy již výrazné negativní dopady nemoci nevnímaly. Jiné respondentky v částečné remisi vnímaly spolupráci s odborníkem jako užitečnou i bez aktuálních negativních dopadů nemoci.

Znalosti ohledně zdrojů pomoci byly jako téma v úzké interakci s podporou okolí k vyhledání léčbě. Zejména v nižším věku respondentek byly iniciátory odborné péče často rodiče. Důležitá tedy byla nejenom podpora rodičů k vyhledání léčby, ale také jejich vlastní znalosti, postoje, vnímaná míra soběstačnosti nebo předchozí zkušenosti s různými možnostmi podpory. Znalosti ohledně zdrojů pomoci byly také v úzké interakci s tématem pozitivních nebo negativních zkušeností s odborníky. Tyto interakce mohly dané znalosti a míru edukace prohloubit, nebo také ne. Velká část respondentů v průběhu léčby postupně získávala více znalostí. Výzkum zároveň potvrdil předpoklad, že znalosti zdrojů pomoci nejsou dostatečným facilitátorem ve chvíli, kdy klient nemá dostatečný náhled na závažnost nemoci nebo motivaci ke změně. V procesu vyhledání léčby se ukázala důležitá interakce znalostí ohledně zdrojů pomoci a jejich destigmatizace, která se ukázala být důležitým faktorem v rozhodnutí zdroje dlouhodobě využívat.

Podpora ze strany okolí k vyhledání pomoci a míra této podpory výrazně souvisela s tématem stigmatu, bagatelizace nebo trivializace nemoci, ale také s tématem gramotnosti v oblasti duševního zdraví a znalosti možností podpory. Některé respondentky popsaly ze strany rodiny zamrznutí, snahu vyřešit potíže vlastními silami, a zároveň vysokou míru frustrace a bezmoci na straně blízkých. Důležitým souvisejícím faktorem je také vnímaná psychická blízkost podpory - např. rozhodnutí k vyhledání léčitelky, která již pomáhá jiným rodinným příslušníkům, nebo rozhodnutí k vyhledání psychiatricky v rodině, kde je matka lékařka.

Pravidla ohledně svěřování se vynořila jako nové téma. Velmi úzce souvisela s podporou okolí ve vyhledání nemoci a s vnímáním samotného vyhledání pomoci v daném systému (např. pravidla v rodině a okolí ohledně žádoucí míry soběstačnosti; pravidla ohledně prostoru, který je možné si vzít; pravidla ohledně míry zodpovědnosti za emoce druhých, např.: „Nemohu se svěřit, protože rodiče budou smutní.“). Také souvisela s tématem stigmatu a bagatelizace potíží a se zkresleným vnímáním nemoci

(pravidla ohledně toho, co je a co není dostatečně závažný problém k řešení).
Objevovala se souvislost s negativním náhledem na schopnosti okolí i odborníků
a vnímanou soběstačností v léčbě (když vím, co mám dělat, tak mi v tom žádná podpora
stejně nepomůže).

6 Diskuse

Práce si dala za cíl blíže popsat jednotlivé faktory ovlivňující proces vyhledání odborné pomoci tak, jak jej vnímají osoby s vlastní zkušeností s PPP, konkrétně dospívající a mladí dospělí v ČR. Přínosem práce je nejenom hlubší popis těchto faktorů, ale zejména zdůraznění vztahů mezi nimi a nastínění toho, jakým způsobem interagují v průběhu průběhu nemoci a údravy. Práce byla vytvořena ve snaze zachytit holistický charakter celého procesu, jeho proměnlivost a provázanost a z celkového obrazu zaostřit na roli jednotlivých komponent.

Přínosem práce je také zaměření se nejenom na bariéry ve vyhledání odborné pomoci, ale i na popis facilitátorů tohoto procesu. Dosavadní výzkumy popisují zvláště na bariéry a téma facilitátorů není dosud dostatečně prozkoumané. Facilitátory jsou častěji vymezeny pouze negativně, jako “nedostatek bariér”. Práce nabízí detailnější popis toho, jakým způsobem v procesu vyhledání odborné pomoci figurují facilitátory, a to i ty, které jsou na první pohled pouze protikladem a negativem bariér. Další porozumění tomu, jaké konkrétní faktory k vyhledání odborné pomoci (a setrvání v jejím využívání) přispívají, může být užitečným nástrojem k uvažování o nastavení systému služeb a způsobu jejich poskytování.

6.1 Limity práce

Největší z vnímaných limitů práce je druhou stranou jejího přínosu. Je jím snaha o komplexnější zachycení tématu, která se ukázala být vzhledem k rozsahu práce velmi ambiciózní. Autorka k práci přistupovala s cílem, aby snaha o hlubší popsání daných faktorů a jejich vzájemných interakcí probíhala společně s přiblížením kontextu a specifík procesu vyhledání podpory u osob s PPP. Dalším aspektem bylo zasazení tohoto kontextu do systému odborné péče o pacienty v ČR. Úsilí o zachycení celku a zároveň zaměření se na detail se ukázalo být příliš rozsáhlé a vyčerpávající, zvláště vzhledem k množství vynořujících se bariér a facilitátorů - přičemž i každý z nich by bylo možné prozkoumat mnohem více detailněji.

6.2 Implikace do sociální práce

Tato práce vznikla s vědomím důležitosti tématu péče o psychické zdraví a s myšlenkovým pozadím aktuálně probíhající reformy psychiatrie. Autorka jako důležité v kontextu této práce vnímá zejména principy destigmatizace duševního onemocnění, prevence, včasné diagnostiky, multidisciplinární spolupráce, práce s okolím klienta a provázanosti zdravotních a sociálních služeb.

Poruchy příjmu potravy jsou multifaktoriálním onemocněním a je důležité reflektovat jak jejich somatickou, tak psychickou a sociální stránku. Stejně jako u jiných duševních onemocnění se vnímání vzniku a rozvoje nemoci, jejího zásahu na kvalitu života jedince a také vnímání podoby vhodné odborné péče stávají více komplexními. Původně úzký medicínský přístup byl doplněn o intrapsychický a psychologický aspekt, poté o aspekt rodinných vztahů a jejich dynamiky, a postupně se dále rozšiřuje a reflektuje i širších oblasti a souvislosti života daného člověka.

Léčba poruch příjmu potravy je plná náročných otázek a protikladů. Vzhledem k prognóze a k rizikům dalšího prohlubování psychických i fyzických potíží je kladen důraz na včasný záchyt nemoci a brzké zahájení specializované léčby, které se v prvních fázích soustředí zejména na stabilizaci zdravotního stavu. Zároveň se tak mnohdy děje ve chvíli, kdy jsou pacienti v popření nemoci, nemají vnitřní motivaci k léčbě a nemoc pro ně může být důležitým copingovým mechanismem. Z tohoto důvodu může docházet k přerušování léčby nebo k paradoxu vyhledávání lékařských služeb se snahou zamlčet samotné poruchy příjmu potravy. V závěru tohoto výzkumu vnímá autorka jako výzvu to, aby bylo možné včas diagnostikovat a pojmenovat poruchu příjmu potravy a současně poskytovat péči v rozsahu, v jakém pro nemocného člověka není ohrožující. Cílem je tedy zároveň zmírnění symptomů, ale také snaha o udržení pacientů v procesu odborné léčby a vytvoření spolupráce a aliance s odborníky.

Jeden z možných facilitátorů v procesu dalšího vyhledání a udržení odborné spolupráce, který může u klientů sociální práce aktivně podporovat, je zvyšování edukovanosti a povědomí o dostupných službách a jejich průběhu. Frieiro et al. (2022) uvádí, že důležité místo sociálního pracovníka v multidisciplinárním týmu je v roli prostředníka a mediátora mezi jednotlivými odborníky, rodinou a pacientem. Při prvním setkání s klienty podává sociální pracovník informace, pomáhá konceptualizaci nemoci

a vytvoření představy ohledně léčby. Zmírňuje tak chaos, který ve výzkumu některé respondentky popisovaly v interakcích s lékařským systémem - a to jak pro dané osoby, tak pro jejich rodinné příslušníky. V současné chvíli není běžnou praxí, aby se sociální pracovníci v lékařském prostředí zapojovali do léčebného procesu v ambulantní podobě. Není pravděpodobné, že pro cílovou skupinu klientů s poruchami příjmu potravy vzniknou podobné instituty jako např. Centra duševního zdraví, která nabízí multidisciplinární spolupráci lékařů, psychologů a sociálních pracovníků. Posílení sociální práce jako doprovodné podpory lékařské spolupráce by ale mohlo některé bariéry zeslabit a vytvořit pro klienty a pacienty přehlednější a příjemnější prostředí. V takovémto prostředí se mohou pacienti lépe pohybovat a mají sami větší míru volby a vlastní agendu.

Větší doplnění odborné péče o aspekty sociální práce může být také užitečné vzhledem k faktorům motivace ke změně. V souladu s teoretickým pozadím (Leavey et al., 2011) se ve výzkumu objevilo v souvislosti s ambivalentní či negativní motivací ke změně téma pozitivních přínosů nemoci a zarámování PPP jako copingové strategie. V rámci rozhovorů se u více respondentů vynořila hlubší bolestná témata z jiných oblastí života, která byla v pozadí rozvoje nemoci, umocňovala útek do nemoci, pozitivní vztah a přílnutí k některým aspektům PPP. Jednalo se mnohdy o témata z oblastí rodinného života, školního kolektivu nebo vrstevnických vztahů. Ve chvíli, kdy je představa terapie zaměřené na „sebrání“ nemoci pro klienty příliš ohrožující, může mít sociální práce roli podpůrného mechanismu právě v negativně zasažených životních oblastí a napomáhat jejich novému vybudování. Sociální poradenství a sociální terapie (zejména sociální terapie rodin) může být užitečným nástrojem, pomocí kterého lze v rodině postupně měnit pravidla ohledně svěřování se a komunikace mezi jednotlivými členy rodiny a facilitovat budování stabilnějších a bezpečnějších vztahů v rodině. Sociální pracovník také může více poznat konkrétní rodinné prostředí a lépe odhalit, z jakých důvodů je copingový mechanismus pro klienta potřebnou strategií. Intervence sociální terapie mohou směřovat také mimo rodinu k rehabilitaci a resocializaci klienta - aktivizovat jej v oblasti vzdělávání, práce, volnočasových aktivit, pomoci se zařazením či znovuzařazením do kolektivu a vrstevnických vztahů (Zakouřilová, 2014).

Edukace ohledně faktu, že PPP může mít podobu copingového mechanismu, může být důležitá a užitečná pro všechny odborníky zahrnuté v procesu léčby, pro osoby v prostředí klienta i pro samotného klienta. Toto zarámování může snížit míru frustrace na straně odborníků i blízkých ve chvíli, kdy je motivace nemocného nízká nebo ambivalentní. Zároveň může zvýšit snahu o hlubší porozumění situaci a přizvání nemocné osoby i jejího prostředí k tomuto prozkoumání jednotlivých životních oblastí klienta.

Oblast sociální práce může mít také významnou roli ve snižování stigma ohledně nemoci nebo ohledně využívání odborných služeb. Tato destigmatizace může probíhat na úrovni systémové v podobě pasivního poradenství, přednášek, vzdělávacích aktivit apod. Může ale také probíhat v rámci konkrétního setkání pracovníka s klientem. Zde je důležité, aby se samotní pracovníci v této oblasti dále vzdělávali. Téma destigmatizace je živé a neustále se vyvíjí společně s dalším porozuměním a reflexí našeho vlastního sociokulturního prostředí. Je proto nutné průběžně reflektovat naše vlastní schémata, bagatelizace, stereotypy nebo mýty ohledně PPP. Součástí odstranění celospolečenské trivializace nemoci je upozorňování na míru normalizace nezdravého jídelního chování a vztahu k vlastnímu tělu. Daným tématům se aktuálně věnují např. organizace *Moje tělo je moje*, nebo organizace *3Pe*. Obě organizace spolupracují s odborníky a zároveň šíří osvětu směrem k veřejnosti prostřednictvím sociálních sítí, podcastů, vizuálních projektů, přednášek, workshopů apod.

Ve výzkum se ukázalo jako důležité téma také aktivní vytváření pozitivních pravidel ohledně svěřování. Zde je prostor zejména pro primární prevenci a systémová řešení v rámci přirozeného prostředí dětí a dospívajících. V něm lze vytvářet bezpečné prostředí ke sdílení a přinášení i těch potíží, které ještě nejsou vnímané jako „dostatečně závažné“. V tomto pohledu může být užitečné další posílení sociální práce, sociální pedagogiky a psychologie ve školství.

Kromě spolupráce v multidisciplinárních týmech v nemocnicích, či v již existujících službách zaměřených na léčbu poruch příjmu potravy (*Centrum Anabell*, *Centrum pro psychoterapii a výživu ANOCEN*) se samotní pracovníci v sociálních službách mohou s nemocnými s PPP nejčastěji setkat nejspíše při spolupráci s osobami s duševním onemocněním (z důvodu časté komorbidity), nebo při spolupráci s rodinami

a s dospívajícími (z důvodu nejčastějšího počátku nemoci ve věku 15-25 let). Vzhledem k povaze nemoci je pravděpodobné, že se s těmito klienty setkají nejčastěji během poskytování služeb sociálního poradenství nebo sociální prevence (např. krizová pomoc, nízkoprahová zařízení pro děti a mládež, služby následné péče, sociálně aktivizační služby pro rodiny s dětmi). I v těchto kontextech a mimo specializovanou péči je možné poskytovat jak nemocným, tak jejich blízkým výše zmiňované intervence sociálního poradenství a edukace, sociální terapie (zejména sociální terapie rodin), podpory klientů v resocializaci a rehabilitaci, facilitaci rodinné komunikace a podpory rodinných vztahů. Ty mohou sloužit jako prevence a dostatečné intervence v předklinických fázích nemoci a jako součást multidisciplinární odborné péče o klienty s rozvinutými formami nemoci.

7 Závěr

Cílem této práce bylo identifikovat a blíže popsat faktory, které osoby s poruchami s příjmu potravy vnímají jako bariéry či facilitátory ovlivňující proces vyhledání odborné pomoci. Výzkum byl realizován tematickou analýzou polostrukturovaných rozhovorů se čtrnácti respondenty, kteří mají zkušenost s poruchami příjmu potravy se začátkem v dospívání.

Výsledkem výzkumu je hlubší popsání charakteristik jednotlivých faktorů, které se v procesy analýzy vynořily, popis jejich vzájemných vztahů a interakcí a také jejich porovnání s teoretickými východisky. Součástí práce je popsání systému odborné péče a způsobu, jakým osoby s poruchami příjmu potravy s tímto systémem interagují. Analýza odhaluje komplexnější interakce, ve kterých vyhledání odborné pomoci neznamená pouze jednorázovou aktivitu na straně pacientů. Respondentky se k využívání služeb rozhodovaly opakovaně, s různou mírou sebeodhalení a aktivního zapojení do spolupráce. V různých fázích léčby také vyhledávaly různé odborníky a rozdílné formy pomoci. Faktory ovlivňující vyhledání péče se tak v rozhovorech objevovaly velmi dynamicky. Často působily nejenom na samotné vyhledání pomoci, ale také na vyhledání podpory v okolí nebo na míru sebeodhalení a spolupráce v léčbě.

Jako nejčastější bariéry v procesu vyhledání pomoci se objevovala témata: stigma, stud a trivializace nemoci, popírání nemoci a její závažnosti, nízká motivace ke změně, nedostatek znalostí o možnostech léčby, nepodpora ze strany okolí vyhledat nemoc a negativní pravidla ohledně svěřování se. Dané faktory až na poslední zmíněný odpovídají předcházející rešerši. Co se týče facilitátorů, teoretické poznání je zatím spíš strohé. Ve výzkumu se jako důležitá objevovala témata protikladná bariérám: destigmatizace a validace nemoci, realistický náhled na nemoc a její závažnost, vysoká motivace ke změně - převažují nevýhody nemoci, dostatečné znalosti o možnostech léčby, podpora okolí vyhledat pomoc, pravidla ohledně svěřování - pozitivní. Z větší části se jednalo o faktory, které dosavadní výzkumy nereflektují v pozitivním vymezení, ale často pouze jako nedostatek bariér, a bylo zajímavé sledovat jejich konkrétní podoby a interakce.

Zjištění této práce jsou v souladu se současnými trendy multioborové spolupráce při léčbě duševních onemocnění. Výsledky popisující interakce osob se systémem

odborné péče ukazují na místa, která mohou být důležitými oblastmi pro aplikaci sociální práce a ve kterých mohou být sociální pracovníci významným přínosem v procesu léčby PPP. Jedná se zejména o oblast odborného poradenství, které zvyšuje míru edukace a znalostí ohledně procesu léčby a zároveň podporuje destigmatizaci nemoci i léčby. Velká část klientů s poruchami příjmu potravy není na začátku léčby motivována k úzdavě a má strach „pustit“ pozitiva nemoci. Sociální terapie, podpora klientů v resocializaci a rehabilitaci a podpora rodinných vztahů jsou důležitými nástroji sociální práce, které u klientů mohou zvýšit jejich připravenost k další spolupráci s odborníky a zároveň mají potenciál zmírnit samotné symptomy.

Seznam literatury

- Academy for Eating Disorders (2021). *Eating Disorders: A Guide to Medical Care*. AED Report, 4th Edition. Reston, VA, Academy for Eating Disorders.
- Akey, J. E., Rintamaki, L. S., & Kane, T. L. (2013). Health belief model deterrents of social support seeking among people coping with eating disorders. *Journal of Affective Disorders*, 145(2), 246–252. <https://doi.org/10.1016/j.jad.2012.04.045>
- Ali, K., Farrer, L., Fassnacht, D. B., Gulliver, A., Bauer, S., & Griffiths, K. M. (2017). Perceived barriers and facilitators towards help-seeking for eating disorders: A systematic review. *International Journal of Eating Disorders*, 50(1), 9–21. <https://doi.org/10.1002/eat.22598>
- Austin, A., Flynn, M., Richards, K., Hodsoll, J., Duarte, T. A., Robinson, P., Kelly, J., & Schmidt, U. (2021). Duration of untreated eating disorder relationship to outcomes: A systematic review of the literature. *European Eating Disorders Review*, 29(3), 329–345. <https://doi.org/10.1002/erv.2745>
- Austin, A., Flynn, M., Shearer, J., Long, M., Allen, K. L., Mountford, V. A., Glennon, D., Grant, N., Brown, A., Franklin-Smith, M., Schelhase, M., Jones, W. R., Brady, G., Nunes, N., Connan, F., Mahony, K., Serpell, L. & Schmidt, U. (2022). The first episode rapid early intervention for eating disorders – Upscaled study: Clinical outcomes. *Early Intervention in Psychiatry*, 16(1), 97–105. <https://doi.org/10.1111/eip.13139>
- Becker, A. E., Arrindell, A. H., Perloe, A., Fay, K., & Striegel-Moore, R. H. (2010) A qualitative study of perceived social barriers to care for eating disorders: Perspectives from ethnically diverse health care consumers. *International Journal of Eating Disorders*, 43(7), 633–647. <https://doi.org/10.1002/eat.20755>
- Becker, A. E., Franko, D. L., Nussbaum, K., & Herzog, D. B. (2004). Secondary prevention for eating disorders: The impact of education, screening, and referral in a college-based screening program. *International Journal of Eating Disorders*, 36(2), 123–241. <https://doi.org/10.1002/eat.20023>

- Cachelin, F. M., Rebeck, R., Veisel, C., & Striegel-Moore, R. H. (2001). Barriers to treatment for eating disorders among ethnically diverse women. *International Journal of Eating Disorders*, 30(3), 269–278. <https://doi.org/10.1002/eat.1084>
- Cachelin, F. M., Striegel-Moore, R. H., Elder, K. A., Pike, K. M., Wilfley, D. E., & Fairburn, C. G. (1999). Natural course of a community sample of women with binge eating disorder. *International Journal of Eating Disorders*, 25(1), 45–54. [https://doi.org/10.1002/\(SICI\)1098-108X\(199901\)25:1<45::AID-EAT6>3.0.CO;2-3](https://doi.org/10.1002/(SICI)1098-108X(199901)25:1<45::AID-EAT6>3.0.CO;2-3)
- Centrum Anabell (2023). *Publikace*. Dostupné z: <http://knihovna.anabell.cz/publikace> . [citováno 2024-02-24].
- Centrum Anabell. (nedatováno). *Služby*. Dostupné z: <http://www.anabell.cz/cz/sluzby> . [citováno 2024-02-24].
- Centrum podpory zdraví. (2020). *ANOCEN*. Dostupné z: <https://www.cepoz.cz/anocen>. [citováno 2024-02-24]
- Cortes-Garcia, L., Wichstrom, L., Rodriguez-Cano, R. & von Soest, T. (2023). Within-person prospective associations between disordered eating, appearance dissatisfaction, and depressive symptoms from adolescence to midlife: A 28-year longitudinal population-based study. *Journal of psychopathology and clinical science*, 132(8), 1031–1042. <https://doi.org/10.1037/abn0000860>
- Crisp, A. H., Gelder, M. G., Riz, S., Meltzer, H. I., & Rowlands, O. J. (2000). Stigmatisation of people with mental illnesses. *British Journal of Psychiatry*, 177 4–7. <https://doi.org/10.1192/bjp.177.1.4>
- Crone, C., Fochtmann, L. J., Attia, E., Boland, R., Escobar, J., Fornari, V., Golden, N., Guarda, A., Jackson-Triche, M., Manzo, L., Mascolo, M., Pierce, K., Riddle, M., Seritan, A., Uniacke, B., Zucker, N., Yager, J., Craig, T. J., Hong, S. H., & Medicus, J. (2023). Practice Guideline for the Treatment of Patients with Eating Disorders. *American Journal of Psychiatry*, 180(2), 167-171. <https://doi.org/10.1176/appi.ajp.23180001>

- Edu-Anabell. (2023). *Naše nabídka* Dostupné z: <http://edu.anabell.cz/> [citováno 2024-02-24].
- Eiring, K., Hage, T. W. & Reas, D. L. (2021). Exploring the experience of being viewed as „not sick enough“: a qualitative study of women recovered from anorexia nervosa or atypical anorexia nervosa. *Journal of Eating Disorders*, 9(1). <https://doi.org/10.1186/s40337-021-00495-5>
- Fabry, E., Fassnacht, D. B., Ford, R., Burns, N. R., O'Shea, A. E., & Ali, K. (2023). The role of self-reliance and denial in the help-seeking process for eating disorders among university students. *European eating disorders review*. 32(3), 450-457. <https://doi.org/10.1002/erv.3052>
- Fitzgibbon, M. L., Sánchez-Johnsen, L. A. P., & Martinovich, Z. (2003). A Test of the Continuity Perspective Across Bulimic and Binge Eating Pathology. *International Journal of Eating Disorders*, 34(1), 83–97. <https://doi.org/10.1002/eat.10160>
- Fleming J., & Szmukler, G. I. (1992). Attitudes of medical professionals towards patients with eating disorders. *Australian & New Zealand Journal of Psychiatry*, 26(3), 1992. <https://doi.org/10.3109/00048679209072067>
- Frieiro, P., González-Rodríguez, R., Domínguez-Alonso, J., & Riobóo-Lois, B. (2022). Social Work and attention to the social dimension of eating disorders: an international systematic review. *Journal of Social Work*, 27(1), 108-125. <https://doi.org/10.1080/13691457.2022.2113990>
- Gatt, L., Jan, S., Mondraty, N., Horsfield, S., Hart, S., Russell, J., Laba, T. L., & Essue, B. (2014). The household economic burden of eating disorders and adherence to treatment in Australia. *BMC Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.1186/s12888-014-0338-0>
- Griffiths, S., Mond, J. M., Murray, S. B., Thornton, C., & Touyz, S. (2015). Stigma resistance in eating disorders. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology*, 50(2), 279–287. <https://doi.org/10.1007/s00127-014-0923-z>
- Griffiths S., Mond J. M., Murray S. B., & Touyz, S. (2013) Young peoples' stigmatizing attitudes and beliefs about anorexia nervosa and muscle

- dysmorphia. *International Journal of Eating Disorders*, 47(2), 189–195. <https://doi.org/10.1002/eat.22220>
- Gulliksen, K. S., Nordbo, R. H., Espeset, E. M., Skarderud, F., & Holte, A. (2015). The process of help-seeking in anorexia nervosa: Patients' perspective of first contact with health services. *Eating Disorders*, 23(3), 206–222. <https://doi.org/10.1080/10640266.2014.981429>
 - Gulliver A., Griffiths K. & Christensen H. (2010). Perceived barriers and facilitators to mental health help-seeking in young people: A systematic review. *BMC Psychiatry*, 10. <https://doi.org/10.1186/1471-244X-10-113>
 - Hart, L. M., Granillo, M. T., Jorm, A. F., & Paxton, S. J. (2011). Unmet need for treatment in the eating disorders: A systematic review of eating disorder specific treatment seeking among community cases. *Clinical Psychology Review*, 31(5), 727–735. <https://doi.org/10.1016/j.cpr.2011.03.004>
 - Hepworth, N., & Paxton, S. J. (2007). Pathways to help-seeking in bulimia nervosa and binge eating problems: A concept mapping approach. *Journal of Eating Disorders*, 40(6), 493–504. <https://doi.org/10.1002/eat.20402>
 - Hilbert, A., Hoek, H. W., & Schmidt, R. (2017). Evidence-based clinical guidelines for eating disorders: International comparison. *Current Opinion in Psychiatry*, 30(6), 423–437. <https://doi.org/10.1097/YCO.0000000000000360>
 - Hoek, H. W. (2006). Incidence, prevalence and mortality of anorexia nervosa and other eating disorders. *Current Opinions in Psychiatry*, 19(4), 389–394. <https://doi.org/10.1097/01.yco.0000228759.95237.78>
 - Holliday, J., Wall, E., Treasure, J., & Weinman, J. (2005). Perceptions of illness in individuals with anorexia nervosa: A comparison with lay men and women. *International Journal of Eating Disorders*; 37(1), 50–56. <https://doi.org/10.1002/eat.20056>
 - Hudson, J. I., Hiripi, E., Pope, H. G., Jr., & Kessler, R. C. (2007). The prevalence and correlates of eating disorders in the national comorbidity survey replication. *Biological Psychiatry*, 61(3), 348–358. <https://doi.org/10.1016/j.biopsych.2006.03.040>

- Chamay-Weber, C., Narring, F., & Michaud, P. A. (2005). Partial eating disorders among adolescents: A review. *Journal of Adolescent Health*, 37(5), 417–427. <https://doi.org/10.1016/j.jadohealth.2004.09.014>
- Innes, N. T., Clough, B. A., & Casey, L. M. (2017). Assessing treatment barriers in eating disorders: A systematic review. *Eating Disorders*, 25(1),1–21. <https://doi.org/10.1080/10640266.2016.1207455>
- Institut sociálního zdraví na UP v Olomouci (nedatováno-a). Škola dobrých vztahů. Úvod. Dostupné z: <https://hovoryovzdelavani.cz/skola-dobrych-vztahu/zkusenosti/uvod/> [citováno 2024-02-24].
- Institut sociálního zdraví na UP v Olomouci (nedatováno-b). O projektu. Dostupné z: <https://hovoryovzdelavani.cz/o-projektu/> [citováno 2024-02-24].
- Kass, A. E., Kolko, R. P., & Wilfley, D. E. (2013). Psychological treatments for eating disorders. *Current Opinion in Psychiatry*, 26(6), 549-555. <https://doi.org/10.1097/YCO.0b013e328365a30e>
- Klump, K. L., Bulik, C. M., Kaye, W. H., Treasure, J. & Tyson, E. (2009). Academy for eating disorders position paper: Eating disorders are serious mental illnesses. *International Journal of Eating Disorders*, 42(2), 97–103. <https://doi.org/10.1002/eat.20589>
- Kurdak, H., Tiyekli, E., Özcan, S., Özer, Z.Y., & Topuz, A.N. (2023). Eating disorders, primary care, and stigma: an analysis of research trends and patterns. *Frontiers in Psychiatry*, 14. <https://doi.org/10.3389/fpsy.2023.1243922>
- Krch, F. D. (2005). *Poruchy příjmu potravy*. 2. aktualizované a doplněné vydání. Praha: Grada, Psyché (Grada).
- Larson, N. I., Neumark-Sztainer, D., & Story, M. (2009). Weight control behaviors and dietary intake among adolescents and young adults: Longitudinal findings from project EAT. *Journal of the American Dietetic Association*, 109(11), 1869–1877. <https://doi.org/10.1016/j.jada.2009.08.016>
- Leavey, G., Vallianatou, C., Johnson-Sabine, E., Rae, S., & Gunpath, V. (2011). Psychosocial barriers to engagement with an eating disorder service:

- A qualitative analysis of failure to attend. *Eating Disorders*, 9(5), 425–440. <https://doi.org/10.1080/10640266.2011.609096>
- Lock, J. (2019). *Pocket Guide for the Assessment and Treatment of Eating Disorders: Vol. First edition* American Psychiatric Association Publishing.
 - Maier, A., Ernst, J. P., Müller, S., Gross, D., Zepf, F. D., Herpertz-Dahlmann, B., & Hagenah, U. (2014). Self-Perceived Stigmatization in Female Patients with Anorexia Nervosa - Results from an Explorative Retrospective Pilot Study of Adolescents. *Psychopathology*, 47(2), 127–132. <https://doi.org/10.1159/000350505>
 - McGorry, P. D., Ratheesh, A., & O'Donoghue, B. (2018). Early Intervention - An Implementation Challenge for 21st Century Mental Health Care. *JAMA Psychiatry*, 75(6), 545–546. <https://doi.org/10.1001/jamapsychiatry.2018.0621>
 - McLean, S. A., Paxton, S. J., Massey, R., Hay, P. J., Mond, J. M., & Rodgers, B. (2014). Stigmatizing attitudes and beliefs about bulimia nervosa: Gender, age, education and income variability in a community sample. *International Journal of Eating Disorders*; 47(4), 353–361. <https://doi.org/10.1002/eat.22227>
 - Mehler, P. S., & Andersen, A. E. (2022). *Eating Disorders: A Comprehensive Guide to Medical Care and Complications: Vol. Fourth edition*. Johns Hopkins University Press.
 - Meyer, D. F. (2001). Help-seeking for eating disorders in female adolescents. *Journal of College Student Psychotherapy*, 15(4), 23–36. https://doi.org/10.1300/J035v15n04_04
 - Mond, J., & Marks, P. (2007). Beliefs of adolescent girls concerning the severity and prevalence of bulimia nervosa. *Australian Journal of Psychology*, 59(2), 87–93. <https://doi.org/10.1080/00049530601148413>
 - Mond, J. M., Hay, P. J., Rodgers, B., Owen, C., & Beumont, P. J. V. (2004). Beliefs of the public concerning the helpfulness of interventions for bulimia nervosa. *International Journal of Eating Disorders*, 36(1), 62–68. <https://doi.org/10.1002/eat.20004>

- Mond, J. M., Marks, P., Hay, P. J., Rodgers B., Kelly, C., Owen C., & Paxton S. J. (2007). Mental health literacy and eating-disordered behavior: Beliefs of adolescent girls concerning the treatment of and treatment-seeking for bulimia nervosa. *Journal of Youth and Adolescence*, 36(6), 753–762. <https://doi.org/10.1007/s10964-006-9087-9>
- O'Connor, C., McNamara, N., O'Hara, L., McNicholas, M., & McNicholas, F. (2021). How do people with eating disorders experience the stigma associated with their condition? A mixed-methods systematic review. *Journal of mental health*, 30(4), 454–469. <https://doi.org/10.1080/09638237.2019.1685081>
- Ogg, E. C., Millar, H. R., Pusztai, E. E., & Thom, A. S. (1997). General practice consultation patterns preceding diagnosis of eating disorders. *The International Journal of Eating Disorders*, 22(1), 89–93. [https://doi.org/10.1002/\(SICD\)1098-108X\(199707\)22:1<89::AID-EAT12>3.0.CO;2-D](https://doi.org/10.1002/(SICD)1098-108X(199707)22:1<89::AID-EAT12>3.0.CO;2-D)
- Papežová, H. (2010). *Spektrum poruch příjmu potravy: Interdisciplinární přístup*. Praha: Grada, Psyché (Grada).
- Raboch, J., Hrdlička, M., Mohr, P., Pavlovský, P., & Ptáček, R. (2015). *DSM-5®: diagnostický a statistický manuál duševních poruch*. Praha: Hogrefe – Testcentrum.
- Regan, P., Cachelin, F. M., & Minnick, A. M. (2017). Initial treatment seeking from professional health care providers for eating disorders: A review and synthesis of potential barriers to and facilitators of “first contact”. *International Journal of Eating Disorders*, 50(3), 190–209. <https://doi.org/10.1002/eat.22683>
- Reyes-Rodríguez, M. L., Ramirez, J., Davis, K., Patrice, K., & Bulik, C. M. (2013). Exploring barriers and facilitators in eating disorders treatment among Latinas in the United States. *Journal of Latina Psychology*, 1(2), 112–131. <https://doi.org/10.1037/a0032318>
- Rickwood, D. J., Deane, F. P., & Wilson, C. J. (2017). When and how do young people seek professional help for mental health problems? *Medical Journal of Australia*, 187(7), S35–S39. <https://doi.org/10.5694/j.1326-5377.2007.tb01334.x>

- Roehrig, J. P., & McLean, C. P. (2010). A comparison of stigma toward eating disorders versus depression. *International Journal of Eating Disorders*; 43(7), 671–674. <https://doi.org/10.1002/eat.20760>
- Scarno, G., & Kalodner-Martin, C. (1994). A description of the continuum of eating disorders: Implications for intervention and research. *Journal of Counseling and Development*, 72(4), 356-361. <https://doi.org/10.1002/j.1556-6676.1994.tb00949.x>
- Schmidt, U., Adan, R., Böhm, I., Campbell, I. C., Dingemans, A., Ehrlich, S., Elzakkars, I., Favaro, A., Giel, K., Harrison, A., Himmerich, H., Hoek, H. W., Herpertz-Dahlmann, B., Kas, M.J., Seitz, J., Smeets, P., Sternheim, L., Tenconi, E., Van Elburg, A., van Furth, E., & Zipfel, S. (2016). Eating disorders: the big issue. *Lancet Psychiatry*, 3(4) 313-315. [https://doi.org/10.1016/S2215-0366\(16\)00081-X](https://doi.org/10.1016/S2215-0366(16)00081-X)
- Simone, M., Hazzard, V. M., Askew, A. J., Tebbe, E. A., Lipson, S. K., & Pisetsky, E. M. (2022). Variability in eating disorder risk and diagnosis in transgender and gender diverse college students. *Annals of Epidemiology*, 70, 53–60. <https://doi.org/10.1016/j.annepidem.2022.04.007>
- Stice, E., Rohde, P., Gau, J., & Shaw, H. (2009). An Effectiveness Trial of a Dissonance-Based Eating Disorder Prevention Program for High-Risk Adolescent Girls. *Journal of consulting and clinical psychology*, 77(5), 825-834. <https://doi.org/10.1037/a0016132>
- Streatfeild, J., Hickson, J., Austin, S. B., Hutcheson, R., Kandel, J. S., Lampert, J. G., Myers, E. M., Richmond, T. K., Samnaliev, M., Velasquez, K., Weissman, R. S. & Pezzullo, L. (2021). Social and economic cost of eating disorders in the United States: Evidence to inform policy action. *International Journal of Eating Disorders*, 54(5), 851-868. <https://doi.org/10.1002/eat.23486>
- Striegel-Moore, R. H., DeBar, L., Wilson, G. T., Dickerson, J., Rosselli, F., & Perrin, N. (2008). Health services use in eating disorders. *Psychological Medicine*, 38(10), 1465–1474. <https://doi.org/10.1017/S0033291707001833>

- Touyz, S., Le Grange, D., Lacey, H., Hay, P., Smith, R., Maguire, S., Bamford, B., Pike, K. M., & Crosby, R. D. (2013) Treating severe and enduring anorexia nervosa: a randomized controlled trial. *Psychology Medicine*, 43(12), 2501–2511. [doi:10.1017/S0033291713000949](https://doi.org/10.1017/S0033291713000949)
- Treasure, J., Duarte, T. A., & Schmidt, U. (2020). Eating disorders. *Lancet*, 395(10227), 899–911. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(20\)30059-3](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(20)30059-3)
- Ústav zdravotnických informací a statistiky ČR (2024). *11. revize Mezinárodní klasifikace nemoci (MKN-11)*. Dostupné z: <https://www.uzis.cz/index.php?pg=registry-sber-dat--klasifikace--mezinarodni-klasifikace-nemoci-mkn-11> [citováno 2024-04-04].
- Van Alsten, S., & Duncan, A. E. (2020). Lifetime patterns of comorbidity in eating disorders: An approach using sequence analysis. *European Eating Disorders Review*, 28(6), 709-723. <https://doi.org/10.1002/erv.2767>
- Vandereycken, W. (2006). Denial of illness in anorexia nervosa - A conceptual review: Part 2. Different forms and meanings. *European Eating Disorders Review*, 14(5), 352-368. <https://doi.org/10.1002/erv.722>
- Vandereycken, W., & Van Humbeeck, I. (2008). Denial and concealment of eating disorders: a retrospective survey. *European Eating Disorders Review*, 16(2), 109–114. <https://doi.org/10.1002/erv.857>
- Wacker, E. (2018). Barriers and facilitators to seeking treatment for subclinical eating disorders: The importance of supportive relationships. *Journal of Family Psychotherapy*, 29(4), 292–317. <https://doi.org/10.1080/08975353.2018.1471946>
- Wilson, G. T., Grilo, C. M., & Vitousek, K. M. (2007). Psychological treatment of eating disorders. *American Psychologist*, 62(3), 199–216. <https://doi.org/10.1037/0003-066X.62.3.199>
- World Health Organization. (2019). *International statistical classification of diseases and related health problems* (11th ed.). <https://icd.who.int/browse/2024-01/mms/cs>
- Zakouřilová, E. (2014). *Speciální techniky sociální terapie rodin*. Praha: Portál.

Seznam příloh

Příloha č. 1: Informovaný souhlas:

Evidenční číslo rozhovoru:

INFORMOVANÝ SOUHLAS

Souhlas účastníka výzkumného projektu s pořízením fotografií, zvukového a obrazového záznamu a se zpracováním osobních a citlivých údajů

Subjekt realizující výzkumný projekt (studii):

Univerzita Palackého v Olomouci, Cyrilometodějská teologická fakulta, Institut sociálního zdraví (OUSHI)

Křížkovského 511/8, 771 47 Olomouc

IČ: 61989592

Kontaktní osoba: Mgr. Markéta Pešoutová, Univerzitní 22, 771 11 Olomouc,
marketa.pesoutova@oushi.upol.cz

Jméno výzkumníka

Osoba, která provedla poučení účastníka výzkumného projektu a jeho zákonného zástupce

Účastník výzkumného projektu (studie):

Jméno a příjmení

Datum narození

Adresa

(dále též jako „účastník výzkumu“)

Výzkumný projekt (studie): Škola dobrých vztahů - Číslo projektu :
CZ.02.3.61/0.0/0.0/19_077/0016810 Projektové období: 1.7.2020 – 31.12.2022 Výzva:
Výzva č. 02_19_077 pro Podporu dětí a žáků se speciálními vzdělávacími potřebami v
prioritní ose 3 OP

Období realizace výzkumného projektu: 2020-2022

Hlavní řešitel výzkumného projektu: prof. Ing., Mgr. et Mgr. Peter Tavel, Ph.D.

Vážená paní, vážený pane,

obracíme se na Vás se žádostí o spolupráci na výzkumném projektu, jehož cílem je zkoumání zkušeností dětí a dospívajících od 10 do 19 let se zkušenostmi s agresivitou, kyberšikanou a poruchami příjmu potravy, jejich rodičů, pedagogů a odborníků na danou problematiku. Prostřednictvím informačního listu, který tvoří nedílnou součást tohoto Souhlasu účastníka výzkumného projektu s pořízením fotografií, zvukového a obrazového záznamu a se zpracováním osobních a citlivých údajů Vám byly představeny základní informace o výzkumu. Z účasti na výzkumu pro Vaše nezletilé dítě vyplývají určité výhody, ale i rizika, se kterými budete seznámeni níže.

1. Udělení souhlasu s pořízením fotografií, zvukového a obrazového záznamu

Udělují, jakožto zákonný zástupce účastníka výzkumu, svolení podle ust. §§ 84 a 85 a ust. § 892 zákona č. 89/2012 Sb., občanský zákoník, ve znění pozdějších předpisů, k pořízení fotografií, zvukového a obrazového záznamu a jejich kopií týkající se účastníka výzkumu za účelem zkoumání, zpracování, analýzy a zveřejnění výstupů do souboru „zkušenosti se zdravím a nemocí.“ Dále za účelem vědeckým, zejména k publikačním výstupům v rámci zahraničních a domácích vědeckých periodikách, záznamy (audio/video) budou využity v rámci webových stránek hovoryozdravi.cz a hovoryovzdelavani.cz za účelem online zpřístupnění odborné i široké veřejnosti po celém světě, úryvky a fotografie mohou být také využity k propagaci celého projektu na sociálních sítích OUSHI, to vždy po předchozím písemném souhlasu každého účastníka výzkumu. Výsledky výzkumného projektu budou subjektem realizujícím projekt dále použity na přenosných discích a jiných úložištích při vzdělávání akademických pracovníků, zdravotnických i nezdravotnických profesí.

2. Prohlášení zákonného zástupce účastníka výzkumu:

Současně prohlašuji, že jsem byl jakožto zákonný zástupce účastníka výzkumu seznámen se skutečností, že jednou dané svolení k pořízení fotografií, zvukového a obrazového záznamu účastníka výzkumu lze kdykoliv odvolat, a to na základě písemného vyrozumění adresovaného subjektu realizujícímu výzkumný projekt.

3. Informace o zpracování osobních údajů účastníka výzkumu v průběhu a po skončení výzkumného projektu

Veškerá práva a povinnosti při zpracování osobních údajů se řídí nařízením Evropského parlamentu a Rady EU 2016/679 ze dne 27. dubna 2016 o ochraně fyzických osob v souvislosti se zpracováním osobních údajů a o volném pohybu těchto údajů a o zrušení směrnice 95/46/ES (dále jen „nařízení“). Pro účely vedení evidence týkající se výzkumného projektu a pro účely týkající se evidence, vyhodnocení a použití výsledků projektu, budou subjektem realizujícím výzkumný projekt zpracovány následující osobní a citlivé údaje o účastníkovi výzkumu:

- | | |
|-----------------------------------|--|
| a) jméno a příjmení, | f) země narození, |
| b) datum narození, věk, | g) etnická příslušnost/národnost, |
| c) pohlaví, | h) informace o zdravotním stavu (diagnóza, věk při diagnostikování), |
| d) adresa, telefonní číslo, email | i) vzdělání (ročník a typ školy). |
| e) počet osob v domácnosti, | (dále jen „osobní a citlivé údaje“). |

Poskytnutí osobních a citlivých údajů účastníkem výzkumu subjektu realizujícímu výzkumný projekt je dobrovolné. Pokud účastník výzkumu odmítne poskytnout subjektu realizujícímu výzkumný projekt uvedené osobní a citlivé údaje, nemůže se výzkumného projektu zúčastnit. Zpracováním osobních a citlivých údajů se rozumí shromažďování těchto osobních a citlivých údajů, ukládání na nosiče informací, jejich vyhledávání, používání, uchovávání, přepis záznamů obsahujících osobní a citlivé údaje do písemné podoby a případně reprodukce těchto písemných

přepisů třetími osobami, třídění a likvidace. Subjekt realizující výzkumný projekt bude zpracovávat osobní a citlivé údaje pouze v souladu s účelem, k němuž byly shromážděny.

Osobní a citlivé údaje budou subjektem realizujícím výzkumný projekt zpracovávány po dobu neurčitou.

Beru jako zákonný zástupce účastníka výzkumu na vědomí, že pozici pověřence pro ochranu osobních údajů u subjektu realizujícího výzkumný projekt vykonává kancléř Univerzity Palackého v Olomouci, přičemž jej lze kontaktovat na výše uvedené adrese sídla subjektu realizujícího výzkumný projekt.

Beru jako zákonný zástupce účastníka výzkumu na vědomí také následující poučení činěná ze strany subjektu realizujícího výzkumný projekt v souvislosti s výše popsáním zpracováním osobních údajů dle čl. 13 nařízení, popř. podle čl. 15 až 22, 34 a 77 nařízení:

- Účastník výzkumného projektu má dle čl. 15 nařízení právo získat od subjektu realizujícího výzkumný projekt potvrzení, zda osobní údaje, které se jej týkají, jsou či nejsou zpracovány, a pokud jsou zpracovány, má právo získat přístup k těmto osobním údajům a k souvisejícím informacím vymezeným čl. 15 odst. 1 písm. a) - h) nařízení;
- Účastník výzkumného projektu má za podmínek dle čl. 15 nařízení právo na bezúplatné poskytnutí jedné kopie zpracovávaných osobních údajů;
- Účastník výzkumného projektu má dle čl. 16 nařízení právo na opravu nepřesných osobních údajů, které se jej týkají, případně právo na doplnění neúplných osobních údajů;
- Účastník výzkumného projektu má dle čl. 17 nařízení právo na to, aby subjekt realizující výzkumný projekt bez zbytečného odkladu vymazal osobní údaje, které se jej týkají, a to za podmínek stanovených článkem 17 nařízení, tedy zejména pokud:
 - a) osobní údaje již nejsou potřebné pro účely, pro které byly shromážděny nebo jinak zpracovány;
 - b) je odvolán souhlas, na jehož základě byly údaje podle čl. 6 odst. 1 písm. a) nařízení nebo čl. 9 odst. 2 písm. a) nařízení zpracovány, a neexistuje žádný další právní důvod pro zpracování;
 - c) jsou vzneseny námitky proti zpracování podle čl. 21 odst. 1 nařízení a neexistují žádné převažující oprávněné důvody pro zpracování nebo jsou vzneseny námitky proti zpracování podle čl. 21 odst. 2 nařízení;
 - d) osobní údaje byly zpracovány protiprávně;
 - e) osobní údaje musí být vymazány ke splnění právní povinnosti stanovené v právu Evropské unie nebo členského státu, které se na správce osobních údajů (subjekt realizující výzkumný projekt) vztahuje;
 - f) osobní údaje byly shromážděny v souvislosti s nabídkou služeb informační společnosti podle čl. 8 odst. 1 nařízení;
- Účastník výzkumného projektu má za podmínek stanovených čl. 18 nařízení právo žádat, aby subjekt realizující výzkumný projekt omezil zpracování osobních údajů;
- Účastník výzkumného projektu má podmínek dle čl. 34 nařízení právo být informován o nastalém porušení zabezpečení osobních údajů, a to je-li pravděpodobné, že takový případ porušení zabezpečení osobních údajů bude mít za následek vysoké riziko pro práva a svobody fyzických osob;
- Účastník výzkumného projektu má v souladu s čl. 77 nařízení právo podat stížnost u některého dozorového úřadu, zejména v členském státě svého obvyklého bydliště, místa výkonu zaměstnání nebo místa, kde došlo k údajnému porušení, pokud se domnívá, že zpracováním jeho osobních údajů je porušeno nařízení.

Beru jako zákonný zástupce účastníka výzkumu na vědomí, že další informace o právech účastníka výzkumu ve vztahu ke zpracování osobních údajů obsahují čl. 15 až 22 a 34 nařízení.

Účastník výzkumu je oprávněn v souladu s čl. 7 nařízení kdykoli svůj souhlas odvolat, a to sdělením o odvolání souhlasu, adresovaným subjektu realizujícímu výzkumný projekt. Odvoláním souhlasu není dotčena zákonnost zpracování osobních údajů před odvoláním souhlasu.

Beru na vědomí, že osobní a citlivé údaje účastníka výzkumu bude Univerzita Palackého v Olomouci shromažďovat a dále zpracovávat prostřednictvím svých pověřených zaměstnanců.

4. **Informace o způsobu využití výsledků výzkumného projektu:**

Výsledky výzkumného projektu budou využity k vědeckým účelům, k publikačním výstupům v rámci zahraničních impaktovaných a domácích recenzovaných vědeckých periodikách, záznamy budou využity v rámci webových stránek DIPEX za účelem online zpřístupnění odborné i široké veřejnosti po celém světě, to vždy po předchozím písemném souhlasu každého účastníka výzkumu. Výsledky výzkumného projektu budou subjektem realizujícím projekt dále použity na přenosných discích a jiných úložištích při vzdělávání akademických pracovníků, zdravotnických i nezdravotnických profesí.

5. **Prohlášení zákonného zástupce účastníka výzkumu:**

| | ano | ne |
|--|--------------------------|--------------------------|
| 1. Potvrzuji, že jsem si přečetl/a tento informovaný souhlas týkající se výše uvedeného výzkumu, včetně všech jeho příloh, a porozuměl/a mu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. Prohlašuji, že jsem byl/a poučena o možnosti klást otázky a tyto mi byly uspokojivě zodpovězeny. Rovněž prohlašuji, že všem výše uvedeným skutečnostem a poskytnutým informacím rozumím a beru je na vědomí. Nemám žádné další otázky ani nejasnosti a vyslovuji svůj výslovný souhlas s účastí účastníka výzkumu na výzkumném projektu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. Prohlašuji, že jsem plně způsobilý/á k právním úkonům a jako takový/á prohlašuji, že jsem informován/a o skutečnosti, že účast účastníka výzkumu v projektu je dobrovolná a že účastník výzkumu je oprávněn kdykoliv z výzkumného projektu odstoupit. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. Prohlašuji, že beru na vědomí informace obsažené v tomto informovaném souhlasu a souhlasím se zpracováním osobních a citlivých údajů účastníka výzkumu v rozsahu a způsobem a za účelem specifikovaným v tomto informovaném souhlasu. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. Prohlašuji, že jsem účastníka výzkumu jakožto jeho zákonný zástupce seznámil/a s textem tohoto informovaného souhlasu, že jsem účastníka výzkumu poučila o jeho právech, která s tímto informovaným souhlasem, resp. se zpracováním výše uvedených údajů, souvisejí. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Prohlašuji, že tento souhlas uděluji na základě předchozího podrobného projednání tohoto souhlasu s účastníkem výzkumu a po zvážení všech možných aspektů, že tento souhlas nepředstavuje svévolné zasahování do soukromého života účastníka výzkumu ani nepředstavuje nezákonný útok na čest a pověst účastníka výzkumu a že účastník výzkumu s udělením tohoto souhlasu souhlasí. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

Tento souhlas je sepsán ve dvou vyhotoveních s povahou originálu, přičemž jedno vyhotovení obdrží prostřednictvím zákonného zástupce účastník výzkumu a jedno vyhotovení obdrží subjekt realizující výzkumný projekt.

Účastník
výzkumu:

Jméno a příjmení (tiskacím)

Podpis

Místo

Datum

Výzkumník:

Jméno a příjmení (tiskacím)

Podpis

Místo

Datum

Přílohy:

Informační list pro účastníka, Údaje o účastníkovi.