

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra sociální práce

Mentální anorexie a její sociální dopady

Bakalářská práce

Autor: Nicol Hálová

Vedoucí práce: PhDr. Jana Novotná, Ph.D.

Jihlava 2016



Vysoká škola
polytechnická
Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Nicol Hálová
Studijní program:	Zdravotně sociální péče
Obor:	Zdravotně sociální pracovník
Název práce:	Mentální anorexie a její sociální dopady
Cíl práce:	Zmapovat sociální dopady mentální anorexie na život osob s tímto postižením.

PhDr. Jana Novotná, Ph.D.
vedoucí bakalářské práce

Mgr. Markéta Dubnová, DiS.
vedoucí katedry
Katedra sociální práce

PROHLÁŠENÍ

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ.

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje **AZ**, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **souhlasím** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci či jejího využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělku dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne

.....

Podpis

Poděkování

Tímto bych ráda poděkovala paní PhDr. Janě Novotné, Ph.D. za poskytnuté rady a odborné vedení při tvorbě bakalářské práce. Velké poděkování patří mým respondentkám, za jejich ochotu a čas. V neposlední řadě bych ráda poděkovala mé rodině a přátelům, kteří mi po celou dobu studia byli velkou oporou.

Abstrakt

HÁLOVÁ, Nicol: Mentální anorexie a její sociální dopady. Bakalářská práce. Vysoká škola polytechnická Jihlava. Katedra sociální práce. Vedoucí práce: PhDr. Jana Novotná, Ph.D. Stupeň odborné kvalifikace: bakalář. Jihlava 2015. 61 stran

Cílem této bakalářské práce je zmapovat sociální důsledky mentální anorexie na život osob s tímto postižením. Bakalářská práce je rozdělena do dvou hlavních částí: teoretická a praktická část. Teoretická část práce pojednává o mentální anorexii, etiologii a ovlivňující faktory mentální anorexie, léčbou a důsledky tohoto onemocnění. Praktická část se zabývá konkrétním výzkumem, kde jsem využila metody kvalitativního výzkumu, případové studie. Případová studie se zaměřovala na 4 případy dívek, které trpěly mentální anorexií.

Klíčová slova

Poruchy příjmu potravy. Mentální anorexie. Zvracení. Případová studie. Sociální dopady.

Abstract

HÁLOVÁ, Nicol: Anorexia nervosa and its social consequences. Bachelor thesis. College of Polytechnics Jihlava. Department of Social Work. Supervisor: PhDr. Jana Novotná, Ph.D. Degree of qualifications: Bachelor. Jihlava 2015. 61 pages

The aim of my bachelor's thesis is to explore the social consequences of anorexia nervosa on the life of people with this disability. The thesis is divided into two main parts: a theoretical and practical. The theoretical part deals with anorexia nervosa, etiology of the disease, influencing factors, treatment and consequences of this disease. The practical part deals with concrete research. I use the method of qualitative research, case study. I did an interview with 4 girls which had anorexia nervosa.

Key words

Eating disorders. Anorexia nervosa. Vomiting. Case study. Social Impact.

Obsah

ÚVOD.....	10
I. TEORETICKÁ ČÁST	12
1. Poruchy příjmu potravy	12
2. Mentální anorexie	14
2.1. Definice mentální anorexie	14
2.2. Příznaky mentální anorexie.....	15
3. Historie mentální anorexie.....	16
3.1. Proměny ideálu ženské postavy	17
4. Zdravotní a sociální faktory mentální anorexie	18
4.1. Sociální a kulturní faktory.....	18
4.2. Biologické faktory.....	19
4.3. Nepříznivé životní události	19
4.4. Rodinné a genetické faktory.....	20
4.5. Osobnost a další psychické charakteristiky.....	20
4.6. Vliv vrstevníků.....	21
5. Léčba mentální anorexie	22
5.1. Kognitivně - behaviorální terapie.....	22
5.2. Rodinná terapie	22
5.3. Interpersonální terapie.....	23
5.4. Farmakoterapie.....	23
5.5. Zásady při stravování	23
6. Důsledky mentální anorexie	25
6.1. Zdravotní důsledky.....	25
6.2. Sociální důsledky	26
II. PRAKTICKÁ ČÁST	28

7 . Výzkum.....	28
7 .1 . Cíl výzkumu	28
7 .2 . Výzkumný soubor	28
7 .3 . Metoda a metodologie výzkumu	28
7 .4 . Vyhodnocování dat	30
7 .5 . Realizace výzkumu	30
8 . Kazuistiky.....	31
8 .1 . Kazuistika č . 1 - Pavlína.....	31
8 .2 . Kazuistika č . 2 – Markéta.....	36
8 .3 . Kazuistika č . 3 – Eva.....	41
8 .4 . Kazuistika č . 4 – Vendula	47
8 .5 . Souhrn	51
ZÁVĚR	56
SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ.....	58
SEZNAM PŘÍLOH.....	61

ÚVOD

Poruchy příjmu potravy patří v dnešní společnosti k aktuálním problémům. Mezi nejznámější poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie společně s mentální bulimií. Obě poruchy jsou si velmi podobné. Charakteristické pro tyto nemoci je touha po štíhlosti spojené s omezováním energetického příjmu a zvyšování energetického výdeje a strach ze zvýšení tělesné hmotnosti.¹

Mentální anorexií trpí především dívky a ženy mladšího věku, není to však pravidlem a onemocnění může postihnout i starší ženy. Ojediněle můžou tímto onemocněním trpět i muži. Na rozdíl od jiných onemocnění, u poruch příjmu potravy nejsou známy přesné příčiny vzniku onemocnění. Psychické příčiny často vycházejí z médií, která stále více a více prosazují kult štíhlého těla, a to prostřednictvím modelek. Tyto modelky se potom stávají vzory pro dospívající dívky a ženy, které se jim chtějí podobat, nasazují nejrůznější diety apod.

Cílem této práce je zjistit, jak mentální anorexie ovlivňuje život osob, které touto chorobou trpí. Již delší dobu se o tuto poruchu zajímám a v rámci této práce bych ráda pronikla hlouběji do této problematiky a zjistila, co může být příčinou vzniku nemoci, jak samotná nemoc probíhá a co je hlavní, jaké jsou její sociální dopady. V odborných zdrojích je možné najít definice mentální anorexie, ovlivňující faktory, rizika nebo možnosti léčby tohoto onemocnění, ale sociální dopady jsou popsány málo, co se změní v partnerském životě, rodinném životě či v pracovním životě, jaká část je zasažena nejvíce nebo kdo jim byl v průběhu nemoci největší oporou.

Bakalářská práce je rozdělena na část teoretickou a praktickou část. Teoretická část je věnována ovlivňujícím faktorům vzniku mentální anorexie, příznaků a možnostmi léčby a terapiím, které jsou pro osoby trpící touto nemocí nabízeny. Další kapitoly pojednávají o stravě a důsledcích tohoto onemocnění. Praktická část je založena na technice případové studie, výzkumný soubor je tvořen 4 ženami, které trpí nebo trpěly mentální anorexií. Na základně rozhovoru byly vytvořeny kazuistiky, s kterými se následně pracovalo a proběhlo vyhodnocení a porovnání jednotlivých respondentek.

¹ KRCH, František David. Poruchy příjmu potravy. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

Mentální anorexie je závažným onemocněním, lidé mají velmi málo informací o samotném onemocnění, tak i o rizicích tohoto onemocnění a dle mého názoru je toto onemocnění velmi podceňováno. Tuto práci je možné v praxi využít pro zařízení, které se setkávají s osobami trpícími mentální anorexií.

I. TEORETICKÁ ČÁST

1. Poruchy příjmu potravy

Pro život je přijímání potravy nezbytně důležité, díky tomu můžeme udržet tělesné i psychické zdraví. Malé množství energie a živin může směřovat k poruchám příjmu potravy, které nám mohou přinést spoustu negativních důsledků na celý život.² Mezi poruchy příjmu potravy patří mentální anorexie a mentální bulimie. Pro obě dvě tyto poruchy je hlavní charakteristikou strach z vlastní obezity, proto věnují nadměrnou pozornost tělesné hmotnosti a vzhledu. Osoba, trpící poruchou příjmu potravy neustále kontroluje svůj vzhled, váhu a hlavní snahou je nepřibrat na váze.³

Mentální anorexie i mentální bulimie jsou dvě zcela odlišné poruchy příjmu potravy. V konečném důsledku se tyto poruchy mohou však navzájem prolínat a projevovat se střídavě. Z pravidla se jako první objeví mentální anorexie, která v druhé fázi přechází v mentální bulimii. Mentální anorexie a mentální bulimie se začínají projevovat na přelomu školního a adolescentního věku, a to zejména u dívek, ale je možné se s nimi setkat i u chlapců.⁴

Poruchy příjmu potravy jsou výsledkem držení nepřiměřených diet a hladovění, čemuž se nastartuje patologický fyziologický mechanismus. Držení diet, individuální, morfologické a fyziologické zvláštnosti a osobnostní a charakteristické rysy mohou být rizikovými faktory pro vznik onemocnění.⁵ Hlavním způsobem, jak dosáhnout nízké váhy je zvracení, což přináší značné zdravotní problémy. Vážnost situace zhoršuje užívání nevhodných léků nebo návykových látek. Pokud se porucha příjmu potravy nebude včas léčit, může vážně ohrozit život.⁶ Mezi poruchy příjmu potravy se řadí

² NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2.vyd., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 240 s. ISBN 978-80-86723-85-3.

³ KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003, 172 s. *Psychologie pro každého*. ISBN 80-247-0527-3.

⁴ MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Uhřetitz: Doron, 2013, 81 s. *První kroky* (Doron). ISBN 978-80-7297-115-2.

⁵ NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2.vyd., upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 240 s. ISBN 978-80-86723-85-3.

⁶ PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. 1.vyd. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 47 s. ISBN 978-80-87258-98-9.

i tzv. „nespecifické poruchy příjmu potravy“, záchvatové přejídání a noční přejídání.⁷ Až 5 % nemocných touto onemocněním podlehně a to zejména díky těžké podvýživě. Recidiva onemocnění se zaznamenává na 50 %.⁸

Mentální bulimie je psychickou poruchou, pro kterou je charakteristické přejídání se. Osoby trpící mentální bulimií také přehnaně kontrolují svoji tělesnou hmotnost. Pro mentální bulimii a její diagnózu jsou důležité tři základní znaky a to: opakující se stavy přejídání, přehnaná kontrola tělesné hmotnosti a nadměrný zájem o svůj vzhled.⁹ Bulimičky se snaží dosáhnout nízké váhy několika způsoby, nejvíce charakteristické je vyvolávání zvracení, užívání laxativ, anebo diuretik.¹⁰

Mentální anorexie a mentální bulimie nejsou jediné poruchy příjmu potravy. Další kapitolou jsou tzv. nespecifické nebo někdy označovány jako atypické poruchy. Mezi nespecifické poruchy příjmu potravy řadíme „noční přejídání“ a „záchvatové přejídání“. Alarmujícími znaky přejídání jsou opakované výkyvy váhy, neustálé myšlenky na jídlo, častá ztráta kontroly nad jídlem, u jídání v průběhu celého dne s absencí normálních jídel (tzv. grazing). Neustále pocity viny ze stravy, deprese, úzkosti a pocity bezcennosti.¹¹

⁷ *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

⁸ HŘIVNOVÁ, Michaela. *Základní aspekty výživy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 95 s. ISBN 978-80-244-4034-7.

⁹ KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003, 170 s. ISBN 80-247-0527-3.

¹⁰ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

¹¹ Tamtéž

2. Mentální anorexie

2.1. Definice mentální anorexie

Mentální anorexie je psychické onemocnění, pro které je charakteristické úmyslné snižování tělesné hmotnosti. Onemocnění se objevuje nejčastěji mezi 14. - 15. rokem. Mezi základní příznaky patří odmítání jídla a strach z příbytku na váze. U nemocného postupně ubývá pocit hladu a ztrácí veškerou chuť k jídlu. Pro udržení váhy využívají různých metod, schválně vyvolané zvracení, průjemy nebo diuretika. V průběhu onemocnění je možné pozorovat somatické příznaky – vyhublost, lámání nehtů, vypadané vlasy, vybledlá pokožka nebo kazivost zubů.¹²

Mentální anorexie má dva specifické typy: nebulimický (restriktivní) typ – u toho typu anorexie nepřichází opakované záchvaty přejídání. Druhým typem anorexie je bulimický (purgativní) typ – přesný opak, dochází tu k opakovaným záchvatům přejídání. Díky strachu z přibrání dochází k narušení vnímání vlastního těla a nemocný si neuvědomuje závažnost jeho nízké tělesné hmotnosti. Náročné může být i rozhodnutí, zda nemocný splňuje kritérium „strach z tloušťky“. Mnozí pacienti tento strach samozřejmě popírají, proto je třeba přihlédnout i ke kognitivní a behaviorální stránce, jak by ohodnotily změnu svého těla, jaká je jejich současná skladba jídla, možné je i sledování přímo u jídla. Anorektičky, které trpí již zmíněným purgativním typem, můžeme pozorovat mnohem větší psychopatologii. Začínají poruchami nálad, směřující až k alkoholismu a k velkým změnám osobnosti. To má za následek dlouhodobější průběh nemoci. Výzkumy potvrzují, že u toho typu anorexie se vyskytuje mnohem častěji drogová závislost, sebepoškozování a emoční labilita. Z tohoto důvodu se v těchto případech častěji přistupuje k hospitalizaci. Při diagnostice mentální anorexie je nutné si ihned uvědomit, že se nejedná o somatickou a duševní poruchu, která by mohla být příčinou nechutenství. S úbytkem na váze se můžeme setkat zejména u nádorových onemocnění, depresivních poruch nebo

¹² PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetřovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 295 s. Sestra (Grada). ISBN 978-80-247-4236-6.

hypotalamická porucha. Rysy anorexie mívají i drogově závislí, kteří také trpí nechutenstvím.¹³

2.2. Příznaky mentální anorexie

V první fázi nemocný kompletně mění svůj jídelníček, odebere jídla, která mají příliš vysokou energetickou hodnotu. Z jídelníčku vymizí sladkosti a tučná jídla, poté bílé pečivo, maso, těstoviny, přílohy. Zaměří se na „light“ potraviny. Nemocný nejí nic, co by v jeho jídelníčku znamenalo položku „navíc“. Po nějaké době mizí i hlavní jídla a stále více omezuje svůj jídelníček. Kontrolují své porce a vždy požadují, aby měli, co nejmenší porci. Začínají hodně kouřit, žvýkat a pít. Pitím se snaží minimalizovat hlad. V jiných případech nemusí pít vůbec a dochází tak k dehydrataci. Jedinec se snaží, co to jde, vyhybat konzumaci jídla ve společnosti.¹⁴

Jedinci začínají být velmi aktivní, chodí běhat, do fitness center, začínají žít velmi aktivním životem s cílem dosažení ideální postavy. Po jídle většinou hned navštíví toaletu, kde jídlo vyzvrací.¹⁵

Mentální anorexie s sebou přináší řadu zdravotních rizik, jako jsou také poruchy menstruačního cyklu či zácpa. Dívkám začnou vypadávat vlasy, lámat nehty, bílá až vyschlá pokožka. Po prvních zhubnutých kilech mají dívky lepší náladu a radost, poté se cyklus opakuje znova, zaměřují se na sebe, jídlo a své tělo.¹⁶

¹³ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

¹⁴ KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

¹⁵ PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 47 s. ISBN 978-80-87258-98-9.

¹⁶ KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

3. Historie mentální anorexie

Poruchy příjmu potravy jsou známy již od samého starověku. V průběhu dějin se odmítání jídla řadilo mezi běžné příznaky somatických poruch a psychiatrických syndromů. Odmítání jídla bylo původně součástí sebetrestajících se praktik křesťanů, nadpřirozených sil nebo vlivu ďábla. V pozdější době byly tyto formy jednání považovány za známky duševní poruchy.

Termínem mentální anorexie se v minulosti rozuměla neurotická ztráta chuti k jídlu. Galén, jako jedna z nejvýznamnějších postav medicíny, využíval termín absence chuti k jídlu, připisoval to ke špatným tělesným tekutinám. Toto pojetí se do až do počátku moderní doby nijak neměnilo. Pozornost byla směřována zejména na poruchy funkce žaludku. Anorexie byla tedy považována za pouhé žaludeční potíže.¹⁷

Ve 12. století se ženy prohlašují za světice, hladovějí, ubližují si a myslí si, že tak osvobodí svoji duši a budou spaseny jejich hříchy. Církev je však začíná pronásledovat a označovat za „posedlé ďáblem“.¹⁸

Ve 14. století byl zaznamenán první případ, kdy mladá dívka zemřela hladem. Byla to sv. Kateřina, která pečovala o ženu s nádorem prsu. Zápach z nádoru jí začal natolik obtěžovat, že aby překonala odpor, hnis vypila. Traduje se, že té noci se jí zjevil Ježíš a tvrdil, že má pít pouze krev z ran. Sv. Kateřina tak pila krev, přestala trávit jídlo a přestala jíst. Jedla pouze chléb nebo kořínky, byla přijímána králem a papežem jako rádce, poté ale zemřela.¹⁹

První záznamy jako o anorexii jako takové pocházejí ze 70. let 19. století, tato porucha příjmu potravy však existovala mnohem dříve. Odmítání jídla se přiřazovalo k již známým stavům jako je hysterie, melancholie nebo zamilovanost. V druhé polovině 19. století, známý lékař William Stout Chipley popsal „sitiofobii“, tj. chorobné

¹⁷ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

¹⁸ NAVRÁTILOVÁ, M., ČEŠKOVÁ, E., SOBOTKA, L. *Klinická výživa v psychiatrii*. Praha: Maxdorf, 2000. 270 s. ISBN 80-85912-33-3.

¹⁹ *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s, Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

nechutenství. Chipley také popsal odmítání jídla u dívek z vyšší společnosti na příkladu mladé dívky, která odmítala jíst a poté zemřela.²⁰

Navzdory tomu, že anorexie byla popsána již několika známými lékaři, pořád jí nebyla věnována taková pozornost. Některé země (USA, Německo, Itálie) se problematikou mentální anorexie začaly zabývat až ve 20. století. Mentální anorexie byla považována za duševní poruchu a přirovnávána také k „Simmondsově chorobě“. Termín mentální anorexie byl definitivně přijat na konci 19. století a současně prudce vzrostl zájem o toto onemocnění. V roce 1963 se mentální anorexií začíná věnovat 1. Lékařská fakulta Univerzity Karlovy. V roce 1983 se v Praze zakládá v rámci Psychiatrické kliniky 1. Lékařské fakulty Univerzity Karlovy jednotka specializované péče pro osoby trpící poruchami potravy. Ta byla první ve východní a střední Evropě.²¹

3.1. Proměny ideálu ženské postavy

Ideál ženské postavy se s postupem času mění. Po roce 1920 kdy byl vydán vydání článku v módním časopisu Vogue, kde byla ženská postava zkritizována, nastupuje kult štíhlosti. Jako hlavní zdroj nastupuje televize – symbol konzumní společnosti. Po válce nastupuje symbol Marilyn Monroe se svojí „plnou“ postavou a muži začínají znova klást důraz na ženskou postavu, tzv. přesýpací hodiny a velké poprsí.²²

V letech 1940 – 1960 se do popředí opět dostává kult štíhlosti. Nastupuje světoznámá modelka Twiggy se svojí neuvěřitelně hubenou postavou. Twiggy začíná udávat styl, modelky mají téměř chlapeckou postavu. V polovině 80. let se znovu objevují křivky. Důraz byl kladen na velké poprsí, ale útlý pas, což bylo těžce slučitelné, to se stalo impulzem pro modelky, které začaly podstupovat chirurgické zákroky.²³

²⁰ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

²¹ *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s., Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

²² NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

²³ Tamtéž

4. Zdravotní a sociální faktory mentální anorexie

O původu vzniku nemoci a možných rizikových faktorech bylo prováděno již mnoho studií. Příčiny vzniku tohoto onemocnění se hledají jen obtížně. Každé onemocnění má své rizikové faktory. Za možné příčiny vzniku mentální anorexie je možné považovat špatné vztahy v rodině, silně traumatizující zážitek (smrt v rodině, sexuální zneužívání), prodělání somatického onemocnění ale i mnohé další.

4.1. Sociální a kulturní faktory

Moderní společnost, v které dnes žijeme, prošla celou řadou změn. V 70. letech 20. století přichází světoznámá modelka Twiggy s kultem štíhlosti. Twiggy ve svých dobách měřila 170 cm a vážila pouhých 41 kg.²⁴ V naší společnosti na poli působnosti hrají reklamy a média velkou roli. Prezentují módní idoly, které pak poškozují sebevědomí a sebeobraz mladých dívek a žen, to pak může být impulzem pro vznik právě mentální anorexie nebo i jiné poruchy příjmu potravy. Nespokojenost s vlastním tělem může být důsledkem depresí a nízkého sebevědomí. Díky tomu, že jsou ženám neustále předhazovány obrázky hubených modelek, pociťují nespokojenost po zhlédnutí takových fotek 58 % třináctiletých a 78 % sedmnáctiletých dívek podle průzkumu z USA. Ideál štíhlé krásy zrodila a stále vytváří jenom naše kultura a spousta žen za něj platí daň.²⁵ Tyto trendy se bohužel nachází v rozporu s přirozeností lidského těla a stávají se nesplnitelné.²⁶

Na vliv mentální anorexie může mít také postava matky. Dívka vždy během dospívání vzhlíží ke své matce, pokud je matka štíhlá, může se jí dcera zkoušet podobat. V případě, že matka je obézní, může mít strach, aby nevypadala stejně a snažit se tedy udržet si štíhlou postavu za každou cenu a přichází diety a cvičení, a to může vést k mentální anorexii.²⁷

²⁴Anorexie: Možné příčiny předcházející anorexii [online]. [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://anorexie.ordinace.biz/priciny.php>

²⁵GILÍK, Richard. Vitalia: Pryč s vyzábělými idoly! Vedou ženy k mentální anorexii [online]. 2011 [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/co-vede-zeny-k-mentalni-anorexii/>

²⁶PSYCHOLOGICKÉ PORADENSTVÍ A PSYCHOTERAPIE PRAHA: Poruchy příjmu potravy 3 – příčiny vzniku [online]. [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priciny-vzniku/>

²⁷Anorexie: Možné příčiny předcházející anorexii [online]. [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://anorexie.ordinace.biz/priciny.php>

Poruchy příjmu potravy se neustále mění. Zásadní je vliv médií, zdravotní a sociální vliv jídla, sociální hodnota těla, postavení ženy ve společnosti ale také spoustu dalších těžko vymezitelných sociálních vlivů, jako soutěživost, nízká sebekontrola anebo způsob trávení volného času a volba koníčků.²⁸

4.2. Biologické faktory

Ženské pohlaví patří k jednomu z rizikových faktorů mentální anorexie. Riziko mentální anorexie je mnohem vyšší u žen než u mužů. K největším psychickým změnám dochází v období adolescence a puberty. Nejčastějším obdobím pro vznik mentální anorexie je puberta. V tomto období si dívky čím dál víc uvědomují sami sebe a začínají být vnitřně mnohem více nejisté než chlapci, mají nižší sebevědomí a nejsou spokojené se svým tělem. Sebevědomí se v průběhu dospívání znova zvyšuje, ale strach z váhy a přibírání u většiny žen setrvává.²⁹

4.3. Nepříznivé životní události

V životě dochází k mnoha negativním událostem, které nás mohou poznamenat na celý život a stát se tak spouštěčem nějakého onemocnění, např. mentální anorexie. Klíčové mohou být určité nárazky na postavu, velká životní změna, problémy v rodině, sexuální zneužití, konflikty nebo nemoc v rodině.³⁰ Důležité je soustředit se na to, co dívky prožily. Častou příčinou jsou problémy v rodině, kdy je na dívky kladen příliš velký tlak.³¹

Průzkumy také dokazují, že existuje souvislost mezi poruchou příjmu potravy a sexuálním zneužitím. Na patologických příznacích se podílí velmi nízká sebeúcta a pocity úzkosti. Mentální anorexie z pohledu nemocné může znamenat smysluplný pocit sebe sama, když se jí nedostává podpory z okolí.³²

²⁸ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

²⁹ Tamtéž

³⁰ Tamtéž

³¹ *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

³² NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

4.4. Rodinné a genetické faktory

Rozvoj mentální anorexie je často připisován k nějaké rodinné události. Rodiny, kde se objevuje mentální anorexie, jsou často velmi složité, většinou popírají potřeby pacientek. V rodině často chybí komunikace mezi členy rodiny a emocionální podpora a láska od rodičů. Naopak v takových rodinách můžeme objevit nízké očekávání rodičů, přehnané cíle na děti a problémy pramenící z minulosti (sexuální zneužívání).³³

Mnoho studií prokazuje výskyt mentální anorexie mezi sourozenci od 3-10 %. V rodinách, kde někdo už trpěl poruchou příjmu potravy, se mentální anorexie objeví 4-5x častěji než v rodině, kde nikdo tímto typem onemocnění netrpěl. Matky anorektičky jsou pro narozené dítě prvotním zdrojem potravy a díky tomu může dojít k poruše jídla. Označováno také jako mateřská kontrola. Matka má patologické přání a nějakou představu o svém dítěti, díky čemuž dochází k patologickému požadavku na dokonalé dítě.³⁴ Rodiče by neměli na své dítě klást zbytečně vysoké nároky, veliké očekávání, klást vysoké cíle, které dítě není schopné splnit. Měly by se vyhýbat zbytečné kritice, dát dítěti dostatek péče, kterou potřebuje, a být dostatečně empatický.³⁵

4.5. Osobnost a další psychické charakteristiky

U mnohých autorů se můžeme setkat s názorem, že za vznikem mentální anorexie mohou být také určité osobnostní rysy nebo poruchy osobnosti. Příkladem klasické anorektičky je dívka, která má přesně stanové cíle, v každém případě dodržuje určité normy, trpící strachem ze změn v dospělosti nebo nastávajících změn doplněné nízkým sebehodnocením. Z průzkumů vyplývá, že většina anorektiček má strach být více spontánní a bojí se riskovat. Afektivní kontrola a přehnaný perfekcionismus může být rizikovým faktorem vzniku mentální anorexie. Mentální anorexie je nejčastěji spojována s obsedantně - kompulzivní poruchou (27-81 %). Společným charakteristickým znakem mentální anorexie a obsedantně- kompulzivní poruchy je

³³ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

³⁴ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

³⁵ KRCH, František David. Healthy and free: Rizikové faktory [online]. [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/rizikove-faktory>

nízké sebehodnocení a sebevědomí, což způsobuje kontrolu nad jídlem. Dochází k vyhýbání se jídlu.³⁶ Perfekcionismus a obsedantně - kompulzivní porucha jsou většinou dědičné choroby. Perfekcionismus se objevuje už v dětství, např. nutnost mít uklizený pokoj, upravené oblečení, vypracované úkoly apod.³⁷ Anorekticky často bývají velmi hysterické, přecitlivělé či egocentrické, můžeme se u nich setkat tedy kromě obsedantně kompulzivní poruchy také s jinými psychopatologiemi. Mezi 3 základní specifika anorexie můžeme zařadit narušené uvědomování si svých pocitů, narušení tělesného schématu a pocit vnitřní neefektivnosti.³⁸

Anorekticky mohou dosahovat emocionální uspokojení právě tím, že se vyhýbají potravě. Pro ně to znamená povzbuzení a motivace k hubnutí. Díky tomu zažívá pocity úspěchu a pýchy. Jedním z nejdůležitějších faktorů vzniku poruch příjmu potravy je bezesporu nízká sebeúcta. Anorekticka jasně na otázku její sebeúcty odpoví, že nejdůležitější přece je, jak vypadá. Díky tomu také trpí poruchami příjmu potravy větší procento žen než mužů, protože muži mají mnohem vyšší sebeúctu.³⁹

4.6. Vliv vrstevníků

Dalším faktorem pro vznik mentální anorexie může být vliv vrstevníků. V dnešní společnosti existují různé party a každý chce být „in“. Tyto dívčí party se věnují jedinému a to je vzhled. Každá dívka chce dobře vypadat a mít krásnou štíhlou postavu. Dívky jsou ovlivněny také médii, v módních časopisech vidí dokonalé modelky, které si pak dávají za vzor. Tyto vlivy mohou způsobovat více patologie, než si myslíme. Na druhé straně si musíme uvědomit, že všichni vrstevníci netouží po tak dokonalé postavě. Nemůžeme tedy vliv kamarádů zhodnotit jako plně negativní.⁴⁰

³⁶ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

³⁷ *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

³⁸ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

³⁹ NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1.vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

⁴⁰ Tamtéž

5. Léčba mentální anorexie

V dnešní společnosti je opravdu velká nabídka možností léčby. Mentální anorexie je velmi závažné onemocnění a vyžaduje odbornou pomoc v co nejkratším čase. Pro osoby trpící poruchami příjmu potravy existuje několik možností léčby, kterou si lze zvolit podle závažnosti a akutnosti onemocnění, rodinná terapie, kognitivně – behaviorální terapie, svépomocné skupiny apod. Pro léčbu mentální anorexie se nejvíce uplatňuje kognitivně-behaviorální terapie. Pro pozitivní léčbu je nutná spolupráce s psychiatry a psychology, nesmírně důležitá a nutná je práce s rodinou.⁴¹

5.1. Kognitivně - behaviorální terapie

Při léčbě poruch příjmu potravy bylo dokázáno, že nejúčinnější z psychoterapeutických metod je kognitivně-behaviorální terapie, ta má velmi pozitivní účinky. Kognitivně-behaviorální terapie je vhodná pro specifické pacienty s osobnostními problémy.⁴² Kognitivně-behaviorální terapie je doporučována klientkám, které mají středně těžké až vážné příznaky onemocnění. Cílem této terapie je samozřejmě nárůst váhy klientky. Jako u každé terapie, základem je vytvořit si dobrý vztah pacient – terapeut. V průběhu terapie může dojít k velkému odporu ze strany pacienty při plnění hlavního cíle, což je přibrat na váze.⁴³ Pokud v průběhu terapie dochází ke zlepšení a daří se plnit předem stanovené cíle, doporučí se ambulantní terapie. Pokud dochází ke zhoršení zdravotního stavu klienta, vždy se doporučí hospitalizace, ať už se jedná o kteroukoliv terapii.

5.2. Rodinná terapie

Rodinná terapie je další z několika metod léčby mentální anorexie. Rodinná terapie se využívá především u mladších pacientů. Rodinní terapeuti zastávají názor, že příčina mentální anorexie může být zakotvena někde v dysfunkční roli nebo konfliktech rodiny. Rodiče tady mají za úkol podpořit dítě a cíl terapie. Členové rodiny potřebují

⁴¹ SVAČINA, Štěpán. *Poruchy metabolismu a výživy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 505 s. ISBN 978-80-7262-676-2.

⁴² *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

⁴³ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

jak teoretickou, tak praktickou pomoc, právě proto je výhodná rodinná terapie. Výhodou je také prostředí domova pro pacienty.⁴⁴

5.3. Interpersonální terapie

Cílem interpersonální terapie není se zaměřit přímo na problémy s jídlem. Tato terapie je rozdělena do 3 fází. V první fázi je nutné identifikovat interpersonální vztahy, díky nimž se začaly rozvíjet problémy s jídlem. Během druhé fáze si terapeut s klientem stanoví cíle, jak bude jejich práce probíhat. Ve třetí, poslední fázi terapie, rozebírají klient a terapeut otázky, které jsou spojené s ukončením terapie. Podle studií je dokázáno, že pro pacienty, kteří trpí poruchami příjmu potravy, je nejúčinnější kognitivně - behaviorální terapie a interpersonální terapie.⁴⁵

5.4. Farmakoterapie

Farmakoterapie je jednou z možných metod léčby mentální anorexie, v žádném případě se tato metoda nevolí nikdy jako první. Kombinuje se s ostatními metodami, psychoterapie, psychoedukace a poradenstvím.⁴⁶ Antidepresiva se využívají jako prevence relapsu onemocnění. Anxiolytika se využívají minimálně. Aplikují se pouze krátkodobě, když pacientka trpí úzkostmi.⁴⁷

5.5. Zásady při stravování

Při onemocnění mentální anorexií je důležité pracovat s časem, čím dříve se zasáhne, tím lepší výsledky. Pro tento typ onemocnění zatím neexistuje univerzální postup. Přihlížíme zde k několika faktům, zda je nemocná schopná samostatně se pohybovat, či je upoutaná na lůžko a není schopna nic sníst.

Anorektičky mají celkově velmi snížený energetický příjem, který je třeba postupem času změnit a zvýšit. V průběhu první fáze zvýšit energetický příjem zhruba na 1200

⁴⁴ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

⁴⁵ Tamtéž

⁴⁶ *Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup*. 1.vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

⁴⁷ ZÁMEČNÍKOVÁ, Renata a Michal HRDLÍČKA. Psychiatrie pro praxi: FARMAKOTERAPIE U MENTÁLNÍ ANOREXIE [online]. 2003 [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: : <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/06/06.pdf>

kcal, postupně na 3000-4000 kcal. Cílem je přibrat 1 kg týdně. Důležité je přidávat množství potravin, zpestřit jídelníček, obstarat nové potraviny. Extrémně podvyživené osoby musí vždy dbát pokynů ošetřujícího lékaře. Důležité je zařadit potraviny, které obsahují více tuku, bílé pečivo, maso, vejce, ovocný jogurt, nutridrink se doporučuje vypít mezi hlavními jídly. Nutridrinkem by se nemělo nahrazovat žádné jídlo! Nemocná by měla jíst pravidelně 5 -6 krát za den.⁴⁸

⁴⁸ BENEŠOVÁ, Dagmar a Lenka MIČOVÁ. *Diety při onemocnění mentální anorexií a bulimií: recepty, rady lékaře*. 1. vyd. Praha: MAC, 2003, 31 s. Diety pro nejčastější choroby. ISBN 80-860-1591-2 .

6. Důsledky mentální anorexie

Většina onemocnění sebou přináší nějaké důsledky a nebezpečí, mentální anorexie není výjimkou. I tady platí pravidlo, že čím dříve se zasáhne, tím lepší bude výsledek a menší důsledky. Mentální anorexie zásadně neovlivňuje jenom zdraví nemocného, ale také jeho rodinu, vztahy s přáteli, práci, studium nebo partnerský život.

Samotné vyléčení je dlouhodobá záležitost, závisí na tom, jak dlouho nemoc trvala a v jakém je stádiu. Během léčby se musí přihlížet k několika faktorům, které ovlivňují uzdravení, jako jsou problémy v rodině, případné selhání předchozí léčby, pokud nemocný nemá přátele, o které by se opřel.⁴⁹ Návrat do života po léčbě je vždy náročný. Nemocným se doporučuje po léčbě si najít svépomocný program nebo následnou pomoc. Není dobré se upínat pouze na jednu věc. Jídlo bude vždy pro anorektičky slabost a relaps se obvykle objevuje 2 -3 roky po léčbě.⁵⁰ Samotná léčba je úspěšná zhruba u 70 % pacientek.⁵¹

6.1. Zdravotní důsledky

Mentální anorexie přináší největší riziko a tím je smrt. Díky zvracení, užívání laxativ, diet a záměrnému hladovění se nemocný dostává do ohrožení zdraví. Díky nedostatečné výživě a nízké váze se pacient okamžitě stává mnohem více citlivým na chlad, hrozí mu tedy nebezpečí prochlazení. Zpomaluje se funkce střev, pacient tedy neustále trpí zácpou, chudokrevností a nízkým krevním tlakem. Pacient je celkově unavený a slabý. Křeče jsou spojovány s narušenou vnitřní rovnováhou a to díky zvracení a projímadlům. U žen dojde ke změnám menstruačního cyklu. Téměř u 90 % nemocných se vyskytují problémy se srdcem. V neposlední řadě poruchy vědomí, doprovázené bolestmi hlavy, závratěmi, časté omdlávání. Velkým rizikem tohoto onemocnění je neplodnost díky ztrátě a nepravidelnost menstruačního cyklu.⁵²

⁴⁹ PAPEŽOVÁ, Hana. *Začarovaný kruh anorexie, bulimie a psychogenního přejídání a cesty ven?!*. 1. vyd. Praha: Psychiatrické centrum, 2012, 148 s. ISBN 978-80-87142-18-9.

⁵⁰ Tamtéž

⁵¹ KRÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000, 155 s. ISBN 80-704-0386-1.

⁵² MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Uhřetice: Doron, 2013, 81 s. ISBN 978-80-7297-115-2.

U nemocných se musí prvotně sledovat jejich hmotnost, ale také tlak, pulz, hladiny elektrolytů a výdej a příjem tekutin. Zdravotní stav se může kriticky zhoršit a dojít ke kompletnímu metabolickému rozvratu.⁵³

6.2. Sociální důsledky

Průběh a samotná léčba mentální anorexie naruší nejen zdraví, ale také osobní a společenský život nemocného, což může mít dlouhodobé důsledky. V průběhu onemocnění dochází ke snížení zájmu o okolí jedince. Ten pak začíná být více vztahovačný a může dojít opakujícím se konfliktům s okolím.⁵⁴

6.2.1. Sexualita

Citlivým místem často bývají sexuální vztahy, ze kterých se také odráží aktuální situace člověka. Při mentální anorexii dochází ke ztrátě zájmu o celkový sexuální život. Anorektička trpí celkovou nepohodou, velkou únavou a také studem ze svého vzhledu, strachem z doteku opačného pohlaví.⁵⁵

6.2.2. Těhotenství

U anorektiček dochází k závažným hormonálním poruchám a těhotenství je pro ně ohrožující na těle a hmotnosti. Je třeba poznamenat, že po vyléčení onemocnění se plodnost žen už nijak neliší od zdravých žen. Spousta vyléčených anorektiček se však rozhodnou nemít děti. Psychické konflikty týkající se vlastního těla a sexuality se během těhotenství zvýrazní, a to je následkem, proč je poporodní období a těhotenství pro anorektičky náročné. Během aktivní fáze anorexie jsou téměř všechny anorektičky neplodné, díky hormonálním poruchám či nulovým sexuálním aktivitám. Průzkumy dokazují, že děti má pouhá třetina anorektiček. Mentální anorexie má vliv na

⁵³ KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ. *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. Praha: Občanské sdružení Anabell, 2013, ISBN 978-80- 905436-5 -2.

⁵⁴ KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

⁵⁵ Tamtéž

psychosociální fungování ženy, zvláště na péči o dítě. V případě anorektické matky je velká pravděpodobnost anorexie u jejího dítěte „anorexie v zastoupení“.⁵⁶

6.2.3. Pracovní život

U anorektiček dochází ke zhoršení pozornosti, tím se obvykle zhoršuje i pracovní nasazení. V důsledku potíží se spánkem se kompletně mění jejich denní a pracovní režim. Ztrácejí schopnost řešit komplexní problémy a ztrácejí intelekt.⁵⁷

⁵⁶ KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. Psyché (Grada). ISBN 80-247-0840-X.

⁵⁷ KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

II. PRAKTICKÁ ČÁST

7. Výzkum

Teoretická část byla věnována problematice mentální anorexie. V první části teorie byly vymezeny základní pojmy a druhá část je zaměřena na léčbu onemocnění, zdravotní a sociální dopady mentální anorexie. Praktická část je zpracována metodou kvalitativního výzkumu, kdy je využito metody případové studie, která byla zpracována s čtyřmi dívkami, které trpěly mentální anorexií.

7.1. Cíl výzkumu

Cílem tohoto výzkumu je zmapovat sociální dopady mentální anorexie na život osob s tímto onemocněním.

7.2. Výzkumný soubor

Výzkumný soubor je složen ze 4 žen, které trpěly mentální anorexií. S ohledem na obtížnou dostupnost této skupiny se podařilo získat souhlas s účastí pouze od 4 anorektiček. Věkové rozmezí respondentek je 18- 23 let, dvě ženy žijí na Moravě, v okolí Brna, zbylé dvě ženy pak žijí na Vysočině. Všechny ženy mají české občanství. Prozatím dosažené vzdělání respondentek je střední škola s maturitou, pouze jedna má bakalářský titul a studuje navazující magisterské studium. V rámci sběru dat je zachována anonymita dívek.

7.3. Metoda a metodologie výzkumu

Vzhledem k tomu, že práce je prováděna kvalitativní metodou výzkumu, bylo využito techniky případové studie. Kvalitativní přístup je pro tuto problematiku hodnocen jako nejprínosnější. Může tak být více porozuměno zkoumanému problému a proniknout přímo do problematiky, a to díky rozhovoru s anorektičkami.

Cílem kvalitativního výzkumu je porozumět zkoumanému sociálnímu problému. Kvalitativní přístup nepracuje s měřitelnými charakteristikami. Snaží se vytvořit obraz, v nejvíce komplexní podobě, vztahy s dalšími aspekty apod. Údaje se obvykle

získávají díky delšímu kontaktu s terénem. Základem pro kvalitativní výzkum je studium běžného, každodenního života osob v jejich přirozeném prostředí.⁵⁸

Pro kvalitativní výzkum je typické, že má procesuální charakter, postup je tedy vytvářen v průběhu sběru dat. Tento typ výzkumu můžeme hodnotit jako vysoce kvalitní.⁵⁹ Na rozdíl od kvantitativního přístupu u kvalitativního nejsou na začátku stanoveny hypotézy. Kvalitativní výzkum se snaží maximálně prozkoumat daný jev a získat maximální množství informací.⁶⁰ Kvalitativní přístup zkoumá mnoho aspektů u mála objektů, naproti tomu kvantitativní přístup zkoumá u mnoha objektů. Výpověď kvalitativního přístupu je nekvantifikovaná, obrazná a hlavně jedinečná.⁶¹ Kvalitativní výzkum musí být validní a měřit tedy to, co má být skutečně měřeno. Výsledek musí být spolehlivý. V případě, že se už několikrát stejný problém měřil, výsledek musí být vždy stejný.⁶²

7.3.1. Případová studie – kazuistika

Případová studie či kazuistika detailně studuje jeden či více případů. V případové studii získáváme velké množství dat zejména od jednoho nebo několika málo jedinců, oproti tomu ve statistickém šetření sbíráme omezené množství od mnoha jedinců nebo případů. Cílem případové studie je zkoumat složitost případu, popis vztahu v jejich celistvosti.⁶³ V případě případové studie se může zdát, že správné uchopení problému je poměrně jednoduché, opak je ale pravdou. Z pravidla musí případové studie vypovídat o složitých případech, proniknout do hloubky, a to vše se odehrává v delším časovém intervalu. Případové studie jsou nejčastěji kvalitativně orientované, kde poukazují na člověka v několika různých rovinách – z hlediska jeho činnosti, jeho vztahy k druhým lidem nebo z hlediska prostředí, ve kterém se nachází. Případovou

⁵⁸ REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

⁵⁹ HANZL, D. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. Studijní opora. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2014

⁶⁰ ŠVARÍČEK, R., ŠEĐOVÁ, K. a kol. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. Praha: Portál. 2007. ISBN 80-7367-313-4 .

⁶¹ REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1.vyd. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

⁶² HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1.vyd. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

⁶³ HANZL, D. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. Studijní opora. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2014

studii je nutné zpracovávat od samotného detailního uchopení faktů k analýze vztahů, k vyjasnění faktorů, které problematiku ovlivňují a zakončení celistvým obrazem případu.⁶⁴ Rozlišujeme několik typů případových studií – osobní případová studie, jejímž cílem je podrobná studie jedné osoby. Druhým typem je studie komunity, kdy se zkoumá jedna nebo více komunit ve městě nebo celé město. Toto je často označováno jako sociografie. Třetím typem je studium sociálních skupin, což je zkoumání malých přímo komunikujících skupin nebo větších difuzních skupin. Úkolem je popsat vztahy ve skupině. Čtvrtým typem je studium organizací a institucí (firmy). Posledním typem je studium, které se zabývá událostmi (např. konflikt rolí.)⁶⁵

7.4. Vyhodnocování dat

V kvalitativním výzkumu k vyhodnocení dat je možno využít několik způsobů. Hlavním materiál zůstávají poznámky z rozhovorů, audionahrávky, písemná vyjádření, záznamy a výpisky ze studií. Zpracování dat je tedy nestandardizované, parametrizované. Kvalitativní data se netřídí najednou jako u kvantitativních dat, ale postupně již při samotném sběru. Pravidlem však je, že směr a rámec vyhodnocování údajů musí odpovídat předem stanoveným cílům. Dalším krokem ve vyhodnocování je transkripce údajů, přepsání údajů do písemné formy.⁶⁶

7.5. Realizace výzkumu

V první fázi tohoto výzkumu bylo nejdůležitější vyhledat osoby, které trpěly mentální anorexií. Nebylo vůbec jednoduché tyto osoby najít a poté přesvědčit k rozhovoru. Až po oznámení a zaručení mlčenlivosti, že vše bude probíhat v naprosté anonymitě, mohl být prováděn výzkum. Sběr dat probíhal v období říjen- listopad 2015. V kazuistikách jsem na přání respondentek použila fiktivní jména.

⁶⁴ SURYNEK, Alois. *Základy sociologického výzkumu*. 1.vyd. Praha: Management Press, 2001, 160 s. ISBN 80-726-1038-4.

⁶⁵ HANZL, D. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. Studijní opora. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2014

⁶⁶ REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

8. Kazuistiky

8.1. Kazuistika č . 1 - Pavlína

Na Pavlínou jsem dostala kontakt od mé kamarádky. S Pavlínou a naší společnou kamarádkou jsme se setkaly v klidné kavárně. Rozhovor probíhal zhruba 1,5 - 2 hod. V průběhu měsíce listopad jsme spolu ještě několikrát komunikovaly prostřednictvím e-mailu a sociální sítě- facebook a nadále zůstaneme v kontaktu.

a) Osobní anamnéza

Věk: 22

Stav: Svobodná (má partnera)

Vzdělání: Vysokoškolské (dokončené bakalářské, studuje magisterské)

Diagnóza: Mentální anorexie

b) Rodinná anamnéza

Pavlína pochází z rozvedené rodiny, rodiče se rozvedli, když byla Pavlíně v pubertě. Oba dva rodiče v současné době žijí už dlouhodobě v partnerském vztahu. Pavlína má čtyři sourozence, jednoho vlastního a tři nevlastní. Bydlí s její matkou, otce ale často navštěvuje. V rodině mají hezké a pevné vztahy. Pavlína vychází dobře s oběma rodiči i s jejich současnými partnery. V rodině se navštěvují a udržují vztahy v rámci různých oslav narozenin, vánoc, velikonoc a dalších svátků. Respondentka vyzdvihuje svůj vztah se sestrou, který se po onemocnění ještě více upevnil. Rodiče, i když jsou rozvedení, spolu mají dobrý vztah, po Pavlínině hospitalizaci se mezi nimi zlepšila komunikace.

c) Zdravotní anamnéza

V dětství prodělala běžná onemocnění a s hubnutím začala ve 12 letech. Hospitalizována byla ve 13 letech, chvíli po jejích narozeninách na dětském oddělení psychiatrie v Havlíčkově Brodě. Hubnout začala po návratu z letního dětského tábora, kde byla ve 12 letech a kluci ji označili jako „kus pořádné holky“ a pak babička prohlásila, že je macatější holka, a tak se Pavlína rozhodla, že pár kilo zhubne.

„Jedna holka od nás ze třídy zhubla pár kilo přes prázdniny, a tak jsem si řekla, že to zkusím taky, když to zvládla ona, tak já přeci taky.“

Ze začátku si Pavlína trošku poupravila jídelníček a zhubla asi 5 kg. Cítila se spokojená, ale chtěla zhubnout ještě víc, a tak začala více cvičit a kila šla dolů a dolů. Zhruba po roce začala užívat projímadla a zvracet a stále více ubírala jídla a naopak více cvičila. Výsledkem byla váha 42 kg. Pavlína v září vážila 62 kg a na začátku května jí váha klesla na pouhých 42 kg. Během hubnutí slýchávala poznámky, že vypadá lépe a že je hubenější. Později však přišly poznámky typu, že je hubená až příliš a nastal bod zlomu, kdy rodiče i přátelé začínali mít o Pavlínu obavy, zda se něco neděje.

Pavlína si uvědomila, že je potřeba vyhledat lékařskou pomoc na Nový rok, když byla u své babičky. Snědla pouze kousek štrůdlu a šla ho hned vyzvracet. Váha jí klesla na 42 kg, měla problémy s chůzí, nízký tlak, omdlévala a bylo jí neustále špatně. Svůj problém si uvědomovala, ale bála se to někomu říct, čekala až se to „provalí“. Rodiče to však zpozorovali, že něco není v pořádku a tak s Pavlínou navštívily psychologa, který řekl, možná trpí mentální anorexií, ale ať ještě počkají. Mezitím však zhubla další 4 kila. Pavlína si je vědoma svého stavu a přistupuje na nevyhnutelné, hospitalizaci na dětské psychiatrii.

V psychiatrické nemocnici strávila necelé 3 měsíce. Svoji hospitalizaci popisuje jako hroznou. *„Bylo to hrozný, strávila jsem tam 2 měsíce a kousek. Chtěla jsem domů. Žádná starost psychologická, pouze při nástupu a pak před propuštěním. Všechny děti jsme byly dohromady, i když jsme měly různorodé poruchy a nemoci.“*

Na psychiatrii chodila na různé terapie, popisuje autogenní trénink, který se zaměřuje na pocity vlastního těla, což je pro anorektičky a bulimičky opravdu náročná terapie. Navštěvovala arterapii, kde ale nikdo nekontroloval, co dělají a jaký to má pro ně význam. *„Do dílen jsme se chodívali v podstatě zašít, tam to bylo fajn, protože tam nemohly ty zlobivé a hodně problémové děti.“* Z terapií mohly využít hippoterapii a canisterapii, o to Pavlína zájem neměla, protože nemá v oblibě ani psi ani koně.

Po propuštění docházela pravidelně k psychologovi i psychiatrovi. Do psychiatrické nemocnice se málem 3x vrátila, když její váha znova klesla pod 50 kg. Pavlína zhruba

po dobu dvou let od hospitalizace na psychiatrii nadále občasně užívala projímadla a zvracela. S mentální anorexií se léčila zhruba 7 let asi do 20 let. Ve dvaceti letech popisuje, že nastal jakýsi zlom, kdy se začala cítit „v pohodě“ a přestala neustále řešit anorexii a věci spojené s ní.

d) Vztahy

V průběhu našeho rozhovoru Pavlína mluvila o své rodině velmi pěkně i o svých přátelích. Podotkla, že během onemocnění a léčení poznala, kdo jsou její skuteční přátelé. Velkou oporou pro ni byla matka a otec, jejich partneři a její sestra. Z přátel jmenovala pouze tři kamarádky. Jako velké zklamání Pavlína zmiňuje svoji babičku. Během léčení se samozřejmě setkala i s negativními reakcemi od svého okolí.

„Velkým zklamáním pro mne byla moje babička, která si nevšimla, že jsem zhubla 23 kilo, že si prý prostě nevšimla.“

„Někteří kamarádi a známí říkali, že mě měli doma více vykrmit, anebo zmlátit, že bych pak neměla čas na takové myšlenky. To jsem si pak rychle vybrala lidi, kdo za to stojí a kdo ne.“

Díky onemocnění si uvědomila, že přátelé jsou důležití a snaží se být s nimi v co největším kontaktu. Její bývalý i současný partner o onemocnění vědí. Současný partner pro Pavlínu hodně znamená a má v něm velkou oporu. Pavlína přiznává, že po anorexii měla problém s navazováním intimních vztahů a styděla se za svoje nahé tělo a stále je velmi přísná a kritická ke svému nahému tělu.

e) Zájmy

Pavlína má mnoho koníčků. V minulosti před anorexií se věnovala hodně sportu, navštěvovala pravidelně pilates, jógu, aerobic a často chodila do fitness center. S nástupem anorexie a léčbou musela přestat cvičit. Po absolvování léčby měla Pavlína zákaz navštěvovat fitness centra a věnovat se jakémukoliv druhu sportu. Díky tomu začala vyhledávat jiné aktivity, začala ji zajímat psychologie, zdravotnictví, fotografování, marketing a čtení. Pavlína se začala více vzdělávat. Během našeho rozhovoru nejvíce mluvila o fotografování, které ji naplňuje. V současné době fotí pro jeden e-shop. Momentálně občas cvičí pouze doma, aby se udržela v kondici.

f) Studium

Ve škole měla vždy dobré známky. V 5. třídě se přihlásila na víceleté gymnázium, kam se dostala. Na škole ji vždy bavily předměty jako zeměpis, základy společenských věd nebo výtvarná výchova. Na gymnázium se její prospěch mírně zhoršil, ze dvojek měla trojky, ale učitelé jí vyšli vstříc, s uzavíráním známek, když byla na léčení. Když bylo Pavlíně ve škole špatně, pustili ji domů apod. Odmaturovala s vyznamenáním a dostala se na vysokou školu, kde ukončila bakalářské studium červeným diplomem. Současně pokračuje prvním rokem v navazujícím magisterském studiu, obor psychologie. Na vysoké škole je součástí dvou týmu, které dostaly grant v rámci fakulty a připravují projekt.

g) Budoucnost

Pavčina se po léčbě zaměřila hodně na studium. Přihlásila se na vysokou školu, která ji velmi baví. Studuje prvním rokem magisterské studium psychologie, ráda by studovala, co jen to bude možné, a dosáhla doktorátu. Pracuje jako fotografa a je na stáži ve firmě, kde se učí a zároveň snaží spojit marketing s psychologií. Na otázku, kde se vidí za pár let a co má v plánu do budoucna, byla její odpověď jasná a stručná – studium a kariéra. Sama sebe označila za kariérový typ. Chce se věnovat módě, focení a psychologii, nejlépe to vše spojit dohromady. Ráda by se také naučila šít a chtěla by více odpočívat. Sama sebe hodnotí jako velmi aktivního a vytíženého člověka. Rodinu a děti zatím neplánuje, není si jistá, zda děti vůbec někdy chce. Potvrzuje se, že děti možná nechce právě díky onemocnění mentální anorexií, která jí změnila život. Při představě, že se její tělo zakulatí a znova přibere, nemá nejlepší pocit.

h) Závěr

Pavčina je v současnosti se svým životem spokojená a šťastná. Působí na mě jako otevřený a vyrovnaný člověk. O anorexii byla schopna mluvit naprosto otevřeně a neměla problém s žádnou otázkou, odpovídala se sama od sebe. V současné době nevyužívá žádná projímadla nebo čaje na hubnutí a nezvrací. Na závěr našeho rozhovoru Pavčina přiznává, že anorexie ji hodně ovlivnila v mnoha ohledech. Díky onemocnění musela změnit své koníčky, přestat se věnovat sportu, který ji naplňoval,

a zaměřit se na jiné aktivity, spíše pasivní. Našla se ve fotografování, psychologii, četbě a zaměřila se učení a poznávání nových věcí. Pavlína během onemocnění poznala, kdo jsou její skuteční přátelé a na koho se může spolehnout. Další změnu pocítila v jejím intimním životě. Bylo pro ni velmi obtížné navázat partnerský vztah, styděla se za svoje tělo. Na otázku, co plánuje do budoucna, odpověděla jasně – kariéru. Děti neplánuje a nejspíš asi nikdy chtít nebude. Přiznává, že je to právě možná díky anorexii.

„A taky proto, že nechci být po nich tlustá. Jsem sice v pohodě, ale váhu mám plus minus stejnou už 3 roky a jsem s ní spokojená, ale nevím, jak by to bylo, kdybych najednou měla o 20 kilo víc. Rozhodně v budoucnu nechci být macatá.“

8.2. Kazuistika č . 2 – Markéta

Druhá kazuistika je o třiaadvacetileté Markétě. Markétu znám velmi dobře osobně, a tak jsem ji požádala o rozhovor. Díky Markétině časové vytíženosti bylo trochu komplikovanější domluvit si schůzku, proto jsme zvolily variantu rozhovoru přes internetový program sloužící ke komunikaci – Skype. Rozhovor jsem nahrávala na diktafon. Kromě rozhovoru jsme spolu komunikovaly také přes sociální síť – facebook.

a) Osobní anamnéza

Věk: 23

Stav: Svobodná (žije s partnerem)

Vzdělání: Střední odborné s maturitou (přerušené bakalářské studium)

Diagnóza: Mentální anorexie

b) Rodinná anamnéza

Markéta žije se svým přítelem, se kterým má malou roční holčičku na Vysočině, v okrese Třebíč. Pochází z 5 sourozenců a od rodičů se odstěhovala před necelým rokem po narození její dcery. Markéta je ze sourozenců prostřední, nejlepší vztah má se svojí starší sestrou, která pro ni byla v náročných chvílích oporou. V rodině mají mezi sebou všichni hezké a pevné vztahy. S rodiči si rozumí a pravidelně se navštěvují, matka i otec Markétě pomáhají a hlídají malou dcerku, když je potřeba. Rodiče ji také vypomáhají občas i finančně. Přestože pochází z 5 sourozenců, tak se jí rodiče v průběhu dětství věnovali dost a není si vědoma, že by ji nějak zanedbávali. Její rodiče žijí spolu, ale v poslední době si nějak nerozumí. Markéta své dětství popisuje jako krásné a bezproblémové období, takové by si přála i pro své děti.

Nyní má Markéta malou roční dcerku, Sabinku. Dcera se jí narodila v polovině bakalářského studia na vysoké škole, a tak musela studium přerušit. Se svým přítelem dítě neplánovali vzhledem k tomu, že byli oba dva studenti vysokých škol. Přítel dodělal vysokou školu v Brně a nyní pracuje. Markéta popisuje prvotní strach, že péči o dítě nezvládnou a budou mít málo finančních prostředků. Po prvotních obavách přichází pocity štěstí, jejich partnerský vztah to ještě více posílilo a jsou šťastni. Podporu mají v celé rodině, nejen z její strany, ale i přítelovy.

c) Zdravotní anamnéza

Markéta po zdravotní stránce byla vždy v pořádku, netrpěla žádnými závažnými onemocněními. V dětství prodělala klasické dětské nemoci, jako jsou neštovice, angíny, záněty horních cest dýchacích, operace krčních mandlí a jednou si zlomila ruku. Netrpí žádnou alergií a ani jinou další zvláštností.

Markéta popisuje, že první náznaky anorexie se objevily kolem 16. roku v prvním ročníku na střední odborné škole. Chodila tehdy závodit za hasičský sbor, kde měli tréninky několikrát týdně a o víkendech závody. Byla tedy pravidelně v kontaktu s hodně lidmi. Sama nedokáže říct, co bylo hlavním spouštěčem anorexie. Vždy byla hubená a neměla problémy s jídlem.

„Jezdili jsme tehdy hodně na závody s hasičským oddílem třeba na celý den. Prostě si tam ze mě pár lidí udělalo párkrát srandu, že jsem třeba neměla hlad, nebo si dala menší porce a pak už to šlo samo. Takový poznámky se mě dotkly a začala jsem přemýšlet. Věděla jsem, že je něco špatně, ale pořád jsem si říkala, že to mám pod kontrolou.“

A tak se spustila mentální anorexie. Markéta si byla vědoma, že to co dělá, není dobře. Zároveň ale nebyla schopna přestat a povědět někomu o svém problému, styděla se. Nejdříve se snažila nejíst tolik před ostatními, aby zase neměli nějaké přihloupulé poznámky, poté přestala jíst, i když byla sama a nikdo ji neviděl a nepozoroval. Když už se najedla, tak se šla vyzvracet a takhle začal celý koloběh, z kterého nebylo cesty ven.

Rodiče a sestra si všimli, že něco není v pořádku, až když Markétu hospitalizovali v nemocnici. Hospitalizována byla však z důvodu dehydratace a ne mentální anorexie. Po několika dnech a vyšetřeních v nemocnici, lékař oznámil rodičům, že Markéta s největší pravděpodobností trpí mentální anorexií. Markétě nezbylo nic jiného než jít s pravdou ven a sdělit svůj problém rodině. Markéta nikdy nebyla hospitalizována na psychiatrii, a to díky velké podpoře od její starší sestry a rodičů. Tyhle stavy se opakovaly v několika delších intervalech zhruba po celou střední školu až ve 4. ročníku se to zlepšilo.

„Měla jsem prostě dobrý a špatný období. Když to bylo lepší, jedla jsem celkem normálně, snažila jsem se, váhu jsem si držela tak nějak stejnou, kolem 50 kg. Pak nastal zlom a šlo to zase dolů, přestala jsem jíst a začala zase zvracet. Rodiče to však už vždycky poznali a byli pro mě neskutečnou oporou. Hned se to začalo řešit, začali na mě dohlížet, kontrolovat, co jím, nechávali mě doma i ze školy. “

d) Vztahy

Co se týče vztahů, mluví Markéta o své rodině kladně jak o svých rodičích, tak o své sestře, s kterou má velmi blízký vztah. Byli pro ni velkou oporou v době onemocnění i v současné době. Markéta má svůj blízký okruh přátel. Onemocněním trpěla na střední škole, a tak postupem času obměnila okruh přátel. Podotýká ale, že to nijak nesouvisí s onemocněním, ale spíš s jinými zájmy, odchodem na odlišnou vysokou školu, přestěhování apod. Bohužel kvůli anorexii přišla o přítele, s kterým chodila na střední škole. Začala se stydět za své tělo a přišly problémy s navazováním intimních vztahů, které jsou s tím onemocněním bohužel nejčastěji spojovány.

„Nedokázala jsem mít přítele z důvodu, že jsem si nedokázala představit, že bych před ním měla jíst, jít s ním nakupovat apod., to vše se odráželo od anorexie, od toho, že jsem se prostě před lidmi začala cítit špatně a začala jsem se hodně stydět. Za všechno. “

e) Zájmy

Markéta se ve svém volném čase věnuje hlavně svojí dceři. Ve svém volném čase vždy preferovala spíše aktivní využití, jako je sport, turistika či cestování. Dcera má 1 rok a ta ji natolik zaměstnává, že na nic jiného jí moc času nezbývá. S dcerou navštěvují 1x týdně cvičení pro nejmenší, kde jsou maminky s dětmi zhruba stejného věku, a často chodí na dlouhé procházky s kočárem a přítelem. Pro Markétu je to skvělá forma relaxace. Hodně času také tráví se svojí starší sestrou, která má taky malé dítě. Do budoucna by se chtěla více věnovat sportu, začít chodit třeba do fitness center, nebo se vrátit k hasičským závodům, které ji bavily. S přítelem rádi jezdí také na různé výlety. Sport hodnotí jako dobrou volbu jak si udržet tělo v kondici a zároveň mít dobrou váhu a nedržet diety, případně znova zvracet. Markéta samozřejmě ráda relaxuje i doma u televize, čtením knížky nebo v kině s přítelem.

f) Studium

Markéta má dokončenou střední odbornou školu s maturitou. Už na základní škole byl její prospěch dobrý, bavila ji nejvíce matematika a tak se rozhodla, že chce jít dál na technické lyceum. Škola ji vždycky bavila. Během celých 4 let na střední škole měla pořád dobré známky, i přestože byla nemocná a hodně toho zameškala. Popisuje, že se prostě nikdy nemusela nějak moc učit, prostě jí to šlo a bavilo. Na střední škole díky zaměření oboru byla spíše v chlapeckém kolektivu, což jí nevadilo, hodnotí to jako pozitivum. Kluci jí hodně pomáhali, ale zároveň se tolik nevyptávali jako holky třeba. Po střední škole se rozhodla jít studovat na vysokou školu, kvůli těhotenství musela přerušit studium, ale v budoucnu by si školu ráda dodělala. Na vysoké škole poznala spoustu nových přátel, bydlela na koleji v cizím městě a začala žít jinak. Hodnotí to jako velké plus v jejím boji s anorexií. Díky tomu, že ji nikdo neznal a ani její minulost, mohla začít s novým štítem a nestydět se. Nikdo už neměl žádné poznámky, nikdo ji neznal. Pro ni to byl nový začátek.

g) Budoucnost

Markéta je nyní se svým životem naprosto spokojená. Má malou dceru a skvělého partnera a naprosto si to užívá. Hodnotí to jako nejkrásnější období, narození dcery jí hodně změnilo myšlenky. Do budoucna plánuje s přítelem ještě jedno dítě a rádi by si pořídili psa. Dále by ráda dodělala vysokou školu, která ji bavila, ale momentálně na to nemá čas a není si jista, jestli v budoucnu zvládne dítě, školu a zaměstnání. Zároveň pocítuje obavy, že by se jí anorexie mohla vrátit. Je si vědoma, že je to břímě a zátěž na celý život a že si nemůže říct „jsem vyléčená“.

h) Závěr

S Markétou jsem se dlouhou dobu neviděla a nebyla jsem s ní téměř v žádném kontaktu za poslední půl rok. Byla jsem mile překvapena, jak je spokojená se svým životem. Ze začátku rozhovoru mluvila klidně, postupem, kdy jsem se dostávala už hlouběji k onemocnění a průběhu léčby se občas zadržovala. Bylo pro ni těžké si vybavit nějaké vzpomínky a vracet se k nim. Její dcera jí do života vnesla úplně nové světlo a nový smysl. V Markétiině životě hraje nejdůležitější roli právě rodina, a proto

je na tom po zdravotní stránce tak, jak je. Právě rodina ji dostala z mentální anorexie. Důležitou roli zde také hraje Markétina inteligence a její chuť a síla pracovat, a její dcera, která je největším hnacím motorem. Markéta se snaží jíst pravidelně a na stravě si dává záležet, aby byla vyvážená. Do budoucna chce mít dobré stravovací návyky pro celou svoji rodinu, i když si nemyslí, že by u nich v rodině bylo něco špatně. V tomhle ohledu chce mít jistou „prevenci a pojištění“. Riziko relapsu onemocnění je v současné době minimální.

8.3. Kazuistika č. 3 – Eva

Třetí kazuistika je o osmnáctileté Evě. Eva je bývalá spolužačka mé sestřenice, na osobní rozhovor bohužel neměla dostatek času, a tak jsme spolu komunikovaly také prostřednictvím skypu a facebooku.

a) Osobní anamnéza

Věk: 18

Stav: Svobodná

Vzdělání: Studuje střední odbornou školu, obor Ekonomické lyceum

Diagnóza: Mentální anorexie

b) Rodinná anamnéza

Eva pochází z rozvedené rodiny, rodiče se rozvedli až potom, co prodělala mentální anorexii. Momentálně bydlí se svojí matkou a starším bratrem v bytě v Brně. Se svým otcem se stýká, už k němu nechodí na víkendy, jako když byla mladší, ale udržují pravidelný kontakt 1 -2x týdně. V rodině mají hezké vztahy a pravidelně se scházejí a oslavují spolu narozeniny a svátky. Eva popisuje svůj vztah se starším bratrem, který pro ni hodně znamená a byl pro ni největší oporou v jejím boji s mentální anorexií.

c) Zdravotní anamnéza

Eva byla od útlého věku baletkou, balet ji bavil, a tak se chtěla dostat na konzervatoř. Ve svých 12 letech se přihlásila na taneční konzervatoř v Brně, kam ji přijali. Na konzervatoři byla velmi přísná pravidla ohledně postavy a vzhledu celkově. Všechno to začlo ve 14. letech, kdy se její třída na konci školního roku v červnu dozvěděla, že od září dostane novou profesorku na klasický tanec, která byla pověstná tím, že každý měsíc dívky vážila, dbala na postavu a dokonce dívkám doporučovala různé typy diet. Rozhodně se nebála dívkám postavu pořádně zkritizovat.

„Jelikož jsem nebyla žádné vyžle (ale nebyla jsem ani tlustá, spíš jsem měla velká prsa a to je u baletek problém), tak jsem z ní měla strach a rozhodla jsem se, že se pokusím přes prázdniny shodit nějaké to kilo“.

Eva si tedy řekla, že zhubne přes prázdniny nějaké to kilo. Přestala pít slazenou vodu a nahradila ji vodou z kohoutku a upravila si jídelníček. Vyřadila veškeré sladké jídlo, těstoviny, tučné maso, pečivo apod. Váha šla celkem rychle dolů, během měsíce zhubla 5 kg. Eva byla nadšená, že se jí podařilo zhubnout tak rychle a v podstatě jí to nic nestálo, pouze omezila cukry, a tak začala být zvědavá, zda jí váha půjde ještě víc dolů a v dietě pokračovala. Chtěla zhubnout ještě víc, a tak omezila ještě stravu a začala chodit s maminkou na dlouhé procházky a cvičit. Na druhé straně přišel velký deficit energie a Eva v čase od června do srpna zhubla celých 12 kg. V té době vážila 42 kg. Se svou váhou byla však spokojená a připadala si připravená na nový školní rok a novou paní profesorku. Eva nastoupila v září do školy, ale pocity štěstí rychle zmizely a přišly deprese. Během prázdninového hubnutí se jí natolik scvrknul žaludek, že nebyla schopna pozřít větší porce a nemohla skoro nic sníst. Eva začala být nešťastná a sama pořádně nevěděla proč. Bylo jí pouhých 14. let a tak ji ani pořádně nenapadlo, že by se mohlo jednat o mentální anorexii.

„Začínala jsem mít deprese - začínala jsem často bezdůvodně brečet. Mamka mě chtěla vzít k lékaři, ale já stále odmítala. Vážila jsem se 5x, klidně i víckrát denně. Mám třeba vařila koprovku a tak, takový ty tučný jídla, to jsem vždy počítala kolik to má kJ.“

Eva stále málo jedla, až to začlo být podezřelé i jejím rodičům a bratrovi. Pořád přepočítávala, kolik má jídlo kalorií, a podle toho si také vybírala potraviny. Naopak ji začalo bavit vařit a péct druhým. Eva to popisuje asi jako nějakou kompenzaci, když sama nechtěla jíst, aspoň připravovala jídlo druhým a doufala, že tím skryje její hlavní problém, že sama nejí. Její stav se začal postupně zhoršovat a Eva jedla pořád méně a její váha klesla na pouhých 39 kg. Ze začátku hubnutí Eva odmítala návštěvu lékaře, když však hubla stále víc a víc a nic nejedla, rozhodli se rodiče, že Evu vezmou k lékaři a ona souhlasila, protože věděla, že se situace vymkla kontrole a potřebuje akutně pomoc.

Nebyla hospitalizovaná na psychiatrii, ale pravidelně docházela do soukromé ordinace k doktorce, která se specializuje na poruchy příjmu potravy, a k psychiatrice do Dětské nemocnice v Brně. Po návštěvě lékaře, kde jí diagnostikovali mentální anorexii, začala Eva občasné užívat antidepresiva. Antidepresiva užívala asi čtvrt roku, když je vysadila, tak se jí deprese začaly vracet. Místo celé tabletky začala brát pouze půlku

a pak vysadila antidepresiva úplně. Celkově je užívala si půl roku. Do ordinace docházela přes půl roku, pak se její stav zlepšil. Přibrala asi 3 kila a ve škole jí paní profesorka řekla, že by si měla váhu držet okolo 45 kg na 158 cm. Tuhle váhu si držela zhruba půl roku, poté začala přibývat víc a profesorka ji znovu osočila, že je tlustá, že tak baletka vypadat nemůže a psychicky ji deptala. Doporučila Evě různé typy diet a návštěvu u výživového poradce. Studium a tanec se pro ni stal peklem a do školy a ze školy chodila s pláčem.

Eva stále docházela do ordinace k lékaři, kde oznámila, co jí bylo sděleno ve škole, že má v podstatě nadváhu. Lékařka rodině doporučila možné zažalování profesorky a důrazně rodiče prosila, aby zvážily přestup na jinou školu, protože taneční konzervatoř není vhodnou volbou pro její uzdravení a psychický vývoj. Po dlouhém rozhodování to bylo jediné možné řešení a Eva ukončila studium na konzervatoři a přešla na ekonomické lyceum, kde je nyní spokojená.

d) Vztahy

Eva se popisuje jako veselého a přátelského člověka, zároveň však přiznává, že veselá je až v poslední době. V průběhu onemocnění a po onemocnění byla velmi pesimistická, precitlivělá a náladová. Na konzervatoři se jejich třída skládala jen z dívek a panovala mezi nimi rivalita v tanci. Každá chtěla být nejlepší a zavděčit se profesorům, získat dobré známky a umístění v představeních. Rivalita nebyla samozřejmě jen kvůli tancování, ale i kvůli jiným věcem, jak už bývá zvykem v dívčím kolektivu. Eva měla ve třídě pouze 2 opravdové kamarádky, se kterými se stýká dodnes. Ve třídě samozřejmě všechny věděly co se děje, ale od svých přátel měla také podporu, jak ze třídy, tak i mimo.

Naopak v rodině mají mezi sebou hezké vztahy. Její rodiče jsou rozvedení, ale rozvod proběhl až potom, co Eva prodělala mentální anorexii, takže jakýkoliv vliv rodiny na onemocnění ihned popřela. Ze začátku její rodina onemocnění nesla velmi těžce. Často si pokládali otázku, kde se stala chyba. Její otec ze začátku nedokázal pochopit, proč nechce jíst. Po několika návštěvách u odborníka, kdy mu lékařka vysvětlila, co je to mentální anorexie a že jejich dcera to nedělá naschvál, celou situaci pochopil a začal se na ni dívat jinak. Evě se za jeho nevhodné chování několikrát omluvil. Velkou oporou

pro ni byl její bratr, který se jí začal hodně věnovat. Začali spolu pravidelně jíst. Díky bratrovi se její stav začal zlepšovat.

„Maminka s babičkou pořád brečely, bylo to pro ně těžké, protože jsem byla strašně mladá. Taťka neuměl pochopit, že se nedokážu najíst, tak na mě jenom křičel. Hodně mi pomohl brácha, jedli jsme oba zároveň a já neměla pocit, že na mě tlačí nebo kontroluje, kolik toho sním. Když jsem řekla, že už nemůžu, tak mi v klidu řekl, že toho jsem snědla hrozně málo a ještě něco jsem snědla. Hrozně mi to pomohlo, že byl jediný v pohodě, jedl se mnou a podporoval mě, abych se přemohla a zkusila toho sníst každý den víc.

V současné době má Eva přítele, s kterým je šťastná. O anorexii mu Petra řekla. S přítelem se dala dohromady až po anorexii a není si vědoma, že by ji anorexie nějak negativně ovlivnila nebo měla problém s navázáním intimního vztahu.

e) Zájmy

Eva měla již od malička jeden velký koníček – tanec. Chtěla být úspěšná a věnovat se tanci na plno, proto se přihlásila na konzervatoř, kde se dočkala ale něčeho naprosto jiného. Postupem času ji tanec přestal naprosto bavit. Díky systému ve škole, profesorům a kolektivu byla Eva akorát znechucená. V průběhu onemocnění byla nucena na další dobu tance nechat. Po odchodu z konzervatoře Evě začal tanec chybět, a tak se rozhodla, že vyzkouší poměrně nový taneční styl – pole dance.

Pole dance ji sice bavil, ale jelikož nebyla ještě v úplně nejlepší psychické kondici, pole dance nechala, protože se styděla za své tělo a připadala si tlustá. Pole dance je tanec kolem tyče, cvičí se pouze v kratších kalhotách a tílku a právě v tom se Eva necítila příjemně, když byla odhalená. V současné době se k pole dance znovu vrátila, už se cítí v pohodě a baví ji to. Vzdát se pro ni tancování bylo opravdu těžké, ale s tancem má spojené bohužel i zlé vzpomínky. Pole dance ji baví, občas si zajde s přáteli zatancovat například do klubu a to jí stačí. Občas navštěvuje také fitness centra, protože chce zůstat v kondici a od malička je zvyklá na hodně pohybu a sedět doma ji nebaví. Ráda také tráví čas posloucháním hudby a sledováním filmů a společně se svým přítelem rádi podnikají nejrůznější výlety.

f) Studium

Ve škole měla vždy samé jedničky. Nikdy se nemusela nějak moc učit. Po přestupu na konzervatoř se začala trochu víc učit, aby stále měla velmi dobrý prospěch. Ve škole ji vždy bavila čeština, francouzština a samozřejmě taneční předměty, než začala trpět mentální anorexií. Díky onemocnění musela školy nechat a přestoupit na Střední odbornou školu. Protože měla dobré známky, vybrala si obor ekonomické lyceum. Ekonomické lyceum je škola s kompletně jiným zaměřením, věnuje se podnikání, účetnictví, marketingu apod. Vzhledem k rozdílnému zaměření obou škol se Eva musí více učit, doplnit mezery ve vzdělání, ale ve škole je spokojená, má tam mnoho kamarádů a škola ji baví. Ve studiu by chtěla pokračovat a jít na vysokou školu.

g) Budoucnost

Evě je 18 let, takže na otázku o budoucnosti nevěděla přesně co odpovědět. Zatím úplnou představu nemá, má jen pár plánů, ale nic konkrétního. Prvotně má v plánu dostudovat střední školu a pokračovat dál a přihlásit se na bakalářské studium, nejspíš na cestovní ruch, management nebo nějaký podobný obor. Nyní má přítele, s kterým je šťastná, tancuje pole dance, kterému by se ráda věnovala i v budoucnu. Ke klasickému tanci a baletu se zatím vracet nechce, říká, že možná nebude chtít nikdy. Zároveň ji láká cestování, možná by škole chtěla pracovat v cizině, jako au-pair třeba, ale prozatím chce odmaturovat a pak řešit, co bude dál. Jednou by si přála mít rodinu, ale teď určitě ne, na to má ještě dost času. Příští rok o prázdninách pojede do Ameriky na výměnný pobyt, tak se těší, že se trochu osamostatní a zlepší si angličtinu, bude to pro ni velká zkušenost a výzva.

h) Závěr

Eva na mě působí jako milá, veselá, mladá dívka, co si prožila celkem dost nepříjemných momentů, které jí změnily život. Se vším se ale patřičně vyrovnala zejména díky pomoci své rodiny a přátelům. I když je Eva ze všech respondentek nejmladší, na svůj věk mluvila velmi rozumně. O anorexii neměla žádný problém mluvit. V současné době je zdravá, váhu má stálou už delší dobu a neužívá antidepresiva nebo jiné léky.

Eva také musela díky onemocnění přestoupit na jinou střední školu, což pro ni bylo náročnější vzhledem k odlišnému zaměření střední školy. Přišla tedy do nového kolektivu a ještě s mezerou ve vzdělání. Eva jako jediná neutrpěla žádnou změnu v navazování partnerských vztahů a v intimním životě. Díky onemocnění se musela vzdát svého velkého koníčku, ale dodává: „*Že zdraví je jenom jedno a je přednější.*“

8.4. Kazuistika č . 4 – Vendula

Poslední kazuistika je o dvaadvacetileté Vendule. Na Vendulu jsem dostala kontakt od mé blízké kamarádky, která s ní pracuje.

a) Osobní anamnéza

Věk: 22

Stav: Svobodná

Vzdělání: Základní škola

Diagnóza: Mentální anorexie

b) Rodinná anamnéza

Vendula žije v bytě se svojí matkou a mladším bratrem na okraji Brna. Rodiče si moc nerozuměli a často se doma hádali, a tak se rozvedli před několika lety. Vendula má dva sourozence, mladšího a staršího bratra. Starší bratr s nimi už delší dobu nebydlí. Rodina se pravidelně schází na narozeniny a svátky. Nejbližší vztah má v rodině Vendula se svojí babičkou.

c) Zdravotní anamnéza

Vendula začala trpět mentální anorexií na střední škole, zhruba v 17 letech. Začalo to tak, že pár lidí v jejím okolí prohodilo pár poznámek na její postavu. Vendula však nebyla nikdy tlustá. Tyto poznámky jí donutily nad svojí postavou začít více uvažovat. Změnila si jídelníček, omezila sladké jídlo a pití, zmenšovala svoje porce čím dál víc. Začala často zvracet a její váha klesla na 38 kg. Vendula si dlouho neuvědomovala, co se děje a že trpí mentální anorexií. Pořád si nějak myslela, že to má vše pod kontrolou. Nikomu o svém stavu a pocitech neřekla, myslela si, že má postavu jako ostatní holky. Rodina i přítel si však všimly, že s Vendulou není něco v pořádku.

Vendula párkrát navštívila centrum Anabell v Brně, kam ji doprovodila její matka a babička. V Anabell jí doporučily, jak se má Vendula stravovat a postupovat. Její stav se na chvíli zlepšil, poté se jí anorexie několikrát vrátila, vždy ale postupovala sama podle sebe a doufala, že se to časem zase zlepší. Na Vendulu dohlížela babička. Když se její stav zlepšil, všichni si mysleli, že je už v pořádku a přestali se

onemocněním dále zabývat. Na jinou léčbu Vendula nikdy nepřistoupila a do budoucna ani v plánu žádnou léčbu nemá. V současnosti Vendula nezvrací, její váha je v rámci možností v normě.

d) Vztahy

Vztahy v rodině nejsou moc dobré, spíše chladné. Sama Vendula jejich rodinu popisuje jako chladnou. Každý se stará o své problémy.

„U nás to je tak, že se každý stará sám o sebe a hledí si svého.“

Před rozvodem se rodiče doma často hádali. Vendula má 2 bratry, staršího a mladšího. Starší bratr se poměrně brzo odstěhoval a s Vendulou komunikuje minimálně. Vendula občas pomáhá matce s péčí o mladšího bratra, když je potřeba. Po narození mladšího bratra, matka svou pozornost zaměřila primárně na něj. Vendula si tak v podstatě dělala, co chtěla. S otcem se vidí minimálně. Během boje s anorexií trávila Vendula hodně času u přítele. Byla u něj častěji než doma. S přítelem spolu měli hezký vztah, po čase se jim však začal rozpadat a rozešli se. Vendula jako důvod rozpadu vztahu označuje právě anorexií. *„Nějak jsme se odcizili, už to nebylo ono. Některý věci prostě nedokázal pochopit, nebo nechtěl pochopit.“*

Po rozchodu hledala oporu u svých blízkých přátel. Má pár blízkých přátel, na které se Vendula může spolehnout má pár. Když se její přátelé ptali, co se s ní děje, tak jim Vendula mentální anorexií přiznala.

e) Zájmy

Na základní škole Vendula navštěvovala hodiny moderní gymnastiky, to ji bavilo. S nástupem na střední školu začala mít jiné zájmy. Přišla na ni puberta, začala chodit ven s kamarády, občas na nějakou párty a tak se jí přestalo chtít chodit na tréninky a ztratila o gymnastiku zájem, což ji dnes celkem mrzí. Během tohoto období Vendula neměla téměř žádné koníčky. Svůj volný čas trávila poflakováním se po venku s přáteli. Občas chodila na nějakou brigádu, aby si přivydělala. Seznámila se s přítelem, a tak trávili hodně času společně. V současnosti si Vendula oblíbila tvorbu dekoračních ozdob. Doma vyrábí dekorační ozdoby nejrůznějšího typu, např. ozdoby na vánoce, věnce, zdobené svíčky, obrázky apod. Rovněž pracuje ve wellness centru, když

má volno sama si ráda dopřeje odpočinku a využije služeb, jako jsou sauna, masáže a termální bazény. Ráda by se vrátila ke gymnastice, ale stále má celkem nízkou váhu.

f) Studium

Vendulu škola nikdy nebavila a nezajímala. Škola pro ni nebyla důležitá. Její prospěch byl průměrný už na základní škole. Z předmětů ji bavila výtvarná výchova a pracovní činnosti, kde se něco tvořilo. Na střední školu se přihlásila na učební obor kadeřnice. Střední škola ji taky moc nebavila a občas chodila i za školu, známky měla průměrné. Vendula střední školu nedodělala, má tedy pouze základní vzdělání. V současné době nemá v plánu dodělat školu, protože má práci, která ji baví a vzdělání jí k tomu postačí zatím.

g) Budoucnost

O budoucnosti Vendula moc nepřemýšlela. Zatím má zaměstnání, které ji baví a neplánuje změnu nebo dokončení školy. Uvažuje nad tím, že by začala nějaké své ozdoby, které vyrábí ve svém volném čase prodávat. Ráda by si našla přítele a jednou by určitě chtěla rodinu. Žádný konkrétní cíl do budoucna nemá.

„Chtěla bych krásný vztah s někým, kdo mě bude mít rád takovou, jaká jsem. Vše chce volný průběh a co má být tak přijde.“

h) Závěr

Vendula je se svým životem spokojená, baví ji její práce a má kolem sebe pár dobrých přátel, na které se může spolehnout. V současnosti nezvrací a váhu má celkem stabilizovanou. Vendula svádí vnitřní boj sama se sebou, protože si anorexii nikdy úplně nepřiznala a myslí si, že na vše stačí sama a se vším si sama poradí. Zároveň Vendula byla zklamaná, že neměla trošku větší podporu ve své rodině.

U Venduly jako největší dopad mentální anorexie hodnotím ztrátu přítele během onemocnění, což ji poznamenalo asi nejvíc. Na druhou stranu hledá někoho, kdo ji bude mít rád takovou, jaká je. Kvůli její nízké váze nemůže dělat gymnastiku, ke které by se ráda vrátila. S gymnastikou však neskončila v důsledku onemocnění mentální anorexií.

Stále je ale u ní velké riziko relapsu onemocnění. Ze všech respondentek vidím u Venduly největší riziko relapsu onemocnění. Díky tomu, že nemá za sebou tak velkou podporu rodiny jako ostatní dívky, protože podpora okolí v boji s takto vážnými onemocněními je to nejdůležitější.

8.5. Souhrn

Za cíl bakalářské práce bylo zvoleno zmapovat sociální důsledky života anorektiček. V souvislosti s obtížnou dostupností k této skupině se mi podařilo nakontaktovat 4 anorektičky ve věkovém rozmezí 18-23 let. Ze 4 anorektiček byly ochotné se mnou provést rozhovor „face to face“ pouze jedna, Pavlína. Se zbylými dívkami byl sběr dat zajištěn prostřednictvím Skypu a sociální sítě facebook.

Jako první byl proveden rozhovor s již zmíněnou Pavlínou. Pavlína má 22 let. Kontakt jsem na ni dostala od své dobré kamarádky, která se také zúčastnila našeho rozhovoru. Rozhovor probíhal v Jihlavě v poklidné kavárně 1,5 -2 hod. Pavlína je mladá, veselá a velmi energetická dívka plná optimismu a chuti do života. Pavlína má oporu v celé své rodině i v jejím příteli. Ze všech dívek byla nejvíc ochotná, neměla problém s žádnou otázkou a povídala sama od sebe. Momentálně je šťastná, neužívá žádné léky, projímadla, ani nezvrací. Pro Pavlínu je důležitá škola a kariéra a na to se v současnosti zaměřuje. Podle mého názoru u ní k opakování a vrácení anorexie zatím nehrozí, už jen díky silné podpoře ze strany rodiny a přátel. Zároveň sama Pavlína přiznává, že jídlo pro ni asi pár dalších let bude znamenat ještě riziko a samozřejmě že si hlídá váhu a nerada by přibrala.

Druhá kazuistika je o dvaceti tříleté Markétě. S Markétou se známe dobře osobně, a tak souhlasila s poskytnutím rozhovoru. Rozhovor probíhal přes skype a zaznamenáván byl na diktafon. Markéta žije s přítelem, s kterým má roční dceru, proto byla časově celkem vytížená a rozhovor nám zabral více času. Markéta však byla ochotná a ze začátku neměla problém s povídáním o anorexii, když jsme se dostávaly hlouběji k onemocnění, přiznala, že vzpomínat na některé události jí bylo mírně nepříjemné, rozhovor však dokončila bez obtíží. Markéta se nyní soustředí pouze na svoji dceru a chce pro ni spokojený život.

Eva, moje nejmladší respondentka, v boji s mentální anorexií ztratila svůj největší koníček – tancování. S Evou jsme spolu komunikovaly prostřednictvím Skypu, ne z důvodu, že by nebyla ochotna poskytnout mi osobní rozhovor, ale protože je časově vytížená. U Evy se mentální anorexie začala projevovat celkem brzy ve 14. letech, a to po psychickém teroru a nátlaku na konzervatoři ze strany profesorky. Eva na tom byla po psychické stránce velmi špatně a užívala antidepresiva. Byla si však vědoma, že má

problém a je nutné ho řešit. A přistoupila k léčbě, ze školy odešla a kompletně změnila prostředí. Eva je pro mě mladá a inteligentní dívka, co má mnoho zájmů a je spokojená se svým životem. Díky anorexii ztratila tancování, s čímž se ale vyrovnala velmi statečně a našla si jiné zájmy a zaměřila se na něco jiného. Tancování se teď věnuje pouze rekreačně a občasně a to jí bohatě stačí, nepotřebuje to hnát do extrémů jako kdysi. Díky tomu, že Eva naprosto změnila prostředí a kamarády a zabývá se něčím jiným, zastávám názor, že je z mentální anorexie venku a onemocnění by se jí nemělo vrátit. Možným rizikem by mohla být cesta do Ameriky, kde nebude mít nikoho ze své rodiny a bude na vše úplně sama, ale Eva je statečná a zvládne to.

Poslední rozhovor probíhal s dvaadvacetiletou Vendulou, na kterou jsem dostala kontakt od její blízké kamarádky, která je její kolegyně z práce. Vendula ze začátku nechtěla o své nemoci vůbec mluvit a nebyla ochotna poskytnout žádný rozhovor. Po dlouhém přemlouvání souhlasila s rozhovorem přes Skype a e-mail. S Vendulou byla komunikace nejhorší, o onemocnění se jí mluvit nechtělo, mluvila velmi stroze. Na druhé straně hodnotím pozitivně, že zrovna Vendula byla jako poslední. Díky předešlým rozhovorům mi hned od začátku bylo jasné, že u Venduly není něco v pořádku. Dle mého názoru Vendula neustále trpí mentální anorexií, střídají se jí období, kdy je to lepší a kdy zase horší. Odmítá absolutně jakoukoli formu léčby, na hospitalizaci by nepřistoupila a vnitřně bojuje sama se sebou a s přiznáním anorexie. Vendula pochází z neúplné rodiny, kde jsou jejich vztahy mezi sebou chladné. Rodina se sice schází, ale nejeví o sebe nějaký větší zájem. Díky neúplnosti rodiny a nezájmu ze strany rodičů Vendula nedokončila střední školu.

U Venduly jednoznačně k největší změně došlo také mezi navazováním nových kontaktů a partnerským životem. Díky tomu, že Vendula o onemocnění nechtěla mluvit, nemůžeme tak dobře jako u jiných respondentek zhodnotit, v jaké části ji to nejvíce ovlivnilo a změnilo. Ze všech respondentek vidím u Venduly největší riziko relapsu onemocnění. Díky tomu, že nemá za sebou tak velkou podporu rodiny jako ostatní dívky, protože podpora okolí v boji s takto vážnými onemocněními je to nejdůležitější.

Výzkum byl zaměřen zejména na tyto oblasti – rodina, přátelé, partnerský život, studium, práce a zájmy. V následujících schématech jsou znázorněny sociální dopady respondentek.

Z výzkumu jasně vyplývá, že nejčastějším spouštěčem mentální anorexie a hubnutí bývají poznámky na postavu. U respondentek tomu nebylo jinak, všechny dívky začaly s hubnutím až když si někdo „rýpnul“ na jejich postavu.

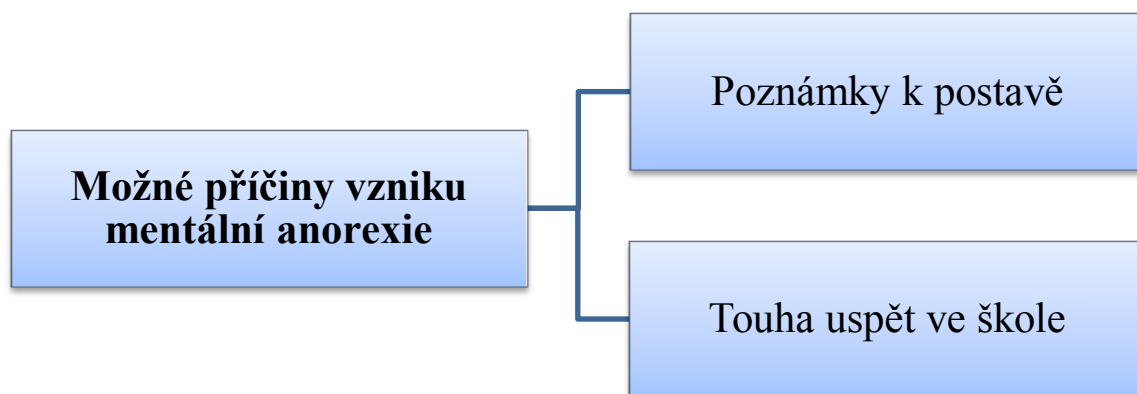


Schéma č. 1: Možné příčiny vzniku mentální anorexie

Zdroj: Vlastní výzkum

Z výzkumu je patrné, že jednu z největších změn všechny respondentky až na Evu pociťovaly v partnerském životě a v navazování intimních vztahů, protože se styděly se za své nahé tělo a bály se připustit si někoho cizího, tak blízko k tělu. Díky tomu mají problémy s důvěrou.



Schéma č. 2: Dopady na partnerský život

Zdroj: Vlastní výzkum

Největší dopad můžeme zpozorovat v oblasti koníčků. Všechny respondentky se odmalička věnovaly aktivně sportu (tancování, moderní gymnastika, jóga). Po onemocnění musely vzhledem k povaze mentální anorexie na doporučení odborníka přestat.

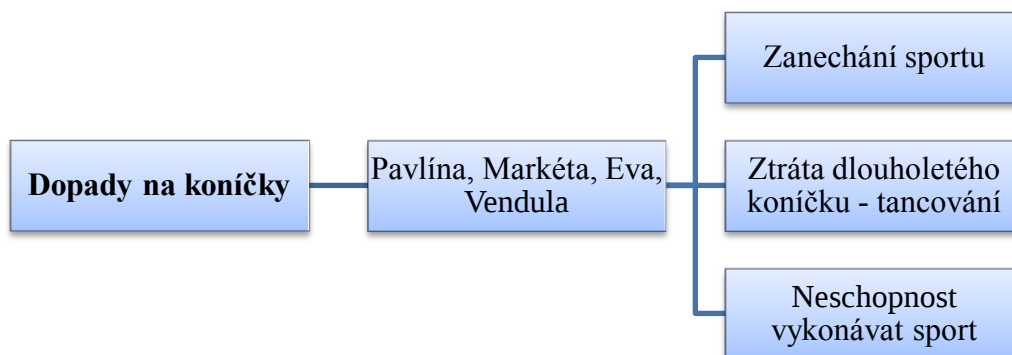


Schéma č. 3: Dopady na koníčky

Zdroj: Vlastní výzkum

Mentální anorexie v rámci studia ovlivnila pouze Evu, která byla nucena přestoupit na jinou střední školu. Evě onemocněla právě díky škole, kde na ni a její postavu byly kladeny příliš vysoké nároky, což pro Evu bylo velkou psychickou zátěží.

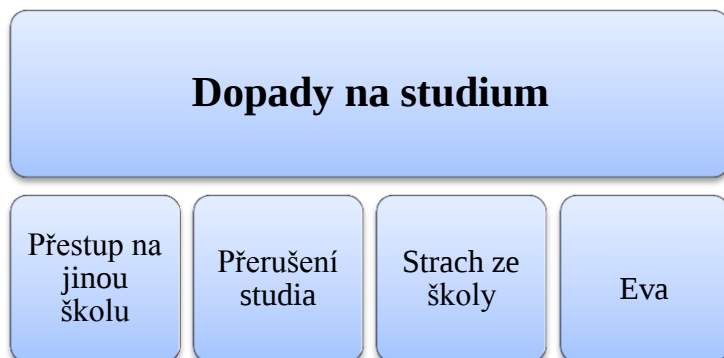


Schéma č. 4: Dopady na studium

Zdroj: Vlastní výzkum

U respondentek Pavlína a Venduly hodnotím změny po rodinné a přátelské stránce. Vendula očekávala větší podporu ze strany rodiny a Pavlína ztratila některé své přátele, kteří dávaly vinu na špatnou výchovu a onemocnění nepochopili a vzájemně se odcizili.

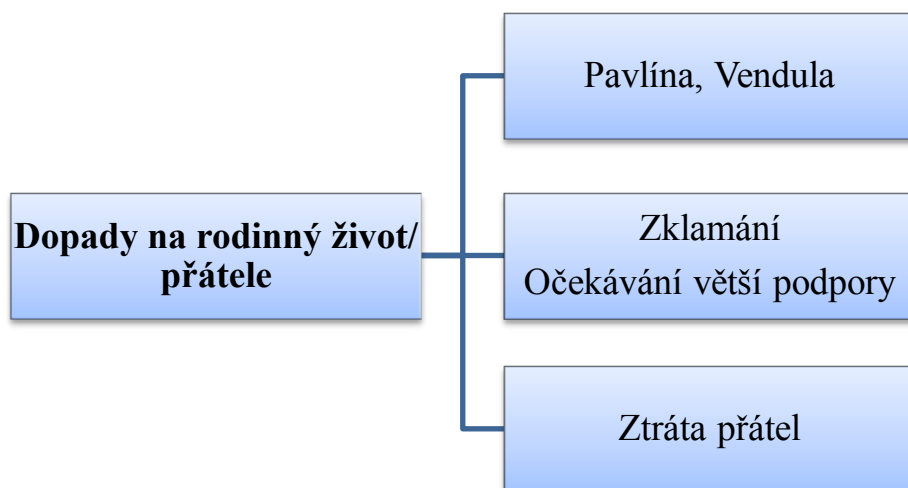


Schéma č. 5: Dopady na rodinný život/ přátele

Zdroj: Vlastní výzkum

ZÁVĚR

Mentální anorexie je onemocnění, které se řadí do poruch příjmu potravy. Jedná se o psychické onemocnění, které se nejčastěji začíná mezi 14. -15. rokem, a to zejména u dívek, ale může se týkat i chlapců. Mezi hlavní znaky patří odmítání jídla a strach z přírůstku na váze.

Tématem bakalářské práce je Mentální anorexie a sociální dopady. Práce je členěna na teoretickou a praktickou část. Teoretická část je rozdělena do několika kapitol, první část je věnována obecně mentální anorexii a druhá část pak její etiologii, léčbě a důsledkům onemocnění. Teoretická část nám tak poskytla náhled do této problematiky a základ pro část praktickou.

Hlavním cílem této bakalářské práce bylo zmapovat míru sociálních dopadů u dívek, které trpěly mentální anorexií. Výzkum byl vzhledem k tématu zvolen kvalitativní formou případových studií, které popisují život dívek. Výzkumným souborem byly 4 mladé dívky ve věkovém rozmezí 18-23 let. Kazuistiky byly zpracovány na základě rozhovorů s dívkami, jejich blízkým okolím a díky možnosti nahlédnutí na odborné lékařské zprávy. Pro lepší přehlednost jsem získané informace rozdělila do několika kategorií.

Výzkum byl zaměřen na tyto oblasti - rodina, přátelé, partnerský život, studium a práci, zájmy. Z výzkumu je patrné, že největší změnu všechny respondentky pocítovaly v intimním životě. Všechny dívky až na Evu měly problém s navázáním vztahů, protože se všechny styděly za své tělo. Při navazování vztahů jim tak trvalo mnohem déle, než se před partnerem byly ochotny svléknout a ukázat se nahé. Všechny ve vztahu dnes vyžadují 100 % důvěru a potvrzují, že vybudování důvěry u nich trvá asi mnohem déle než u dívek, které onemocněním netrpěly. Z kazuistiky také vyplývá, že dotazované dívky si nenašly partnera během léčení nebo hned po léčení, ale až po delší době (zhruba 1 rok od vyléčení). U Markéty a Venduly během onemocnění došlo k rozpadnutí partnerského vztahu. Markéta to hodnotí negativně, že musel vztah skončit právě kvůli onemocnění a že nebyli schopni to spolu překonat. Na druhé straně konstatuje, že se současným partnerem, s kterým má dceru, je mnohem spokojenější.

Naopak z výzkumu je jasné vidět, že pro všechny dívky (až na Vendulu) byla největší podporou rodina a především díky rodině se z mentální anorexie dostaly.

Největší dopad můžeme pozorovat v oblasti zájmů a koníčků, zejména ve sportu. Všechny respondentky se aktivně věnovaly nějakému sportu, tancování, moderní gymnastice, fitness apod. Díky onemocnění byly nuceny na delší dobu přestat. Vzhledem k povaze mentální anorexie lze vrácení se ke sportu považovat za rizikové, a tak dívky sportují dnes pouze minimálně, aby se udržely v kondici.

Naopak z výzkumu vyplývá, že nejméně mentální anorexie zasáhla dívky po pracovní stránce a ve škole. Vzhledem k tomu, že všechny dívky jsou poměrně mladé a anorexií trpěly během studia, nijak je to nepoznamenalo po pracovní stránce. V současné době mají brigád až na Markétu, která je na rodičovské dovolené.

Po absolvování rozhovorů a následném zpracování kazuistik jsem si uvědomila, že může stačit jedna malá, hloupá, nechtěná poznámka či kritika k postavě dívky/ ženy, která pak může velmi negativně ovlivnit zdraví, průběh života a spustit tak právě mentální anorexii. Během průběžného hodnocení sociálních dopadů u dívek jsem si povšimla, že pro všechny dívky byla největší podporou jejich rodina. Z toho můžeme lehce vyvodit, že právě podpora od rodiny či přátel je v boji s takovým závažným onemocněním to nejdůležitější a člověk to nemůže zvládnout sám.

Proti mentální anorexii neexistuje žádná možná prevence, právě naopak v dnešní moderní době, která je velmi ovlivněna masmédií, vzniká tak velké riziko pro stále větší výskyt mentální anorexie a i jiných typů poruch příjmu potravy. Štíhlé modelky, herečky, zpěvačky jsou označovány za ideál krásy a pro mnohé mladé dívky tak představují vzor. Na závěr bych ráda podotkla, že bychom neměli být lhostejní ke svému okolí. Mentální anorexie nebo jiná porucha příjmu potravy může totiž potkat každého z nás nebo někoho z našeho okolí, a proto bychom si měli všimnout druhých, než bude pozdě.

SEZNAM POUŽITÝCH ZDROJŮ

Odborná literatura:

BENEŠOVÁ, Dagmar a Lenka MIČOVÁ. *Diety při onemocnění mentální anorexii a bulimií: recepty, rady lékaře*. 1. vyd. Praha: MAC, 2003, 31 s. Diety pro nejčastější choroby. ISBN 80-860-1591-2.

HANZL, D. *Metody a techniky sociálního výzkumu*. Studijní opora. Jihlava: Vysoká škola polytechnická Jihlava, 2014, 101 s.

HENDL, Jan. *Kvalitativní výzkum: základní metody a aplikace*. 1. vyd. Praha: Portál, 2005, 407 s. ISBN 80-736-7040-2.

HŘIVNOVÁ, Michaela. *Základní aspekty výživy*. 1. vyd. Olomouc: Univerzita Palackého v Olomouci, 2014, 95 s. ISBN 978-80-244-4034-7.

KRCH, František David. *Bulimie: jak bojovat s přejídáním*. 2. dopl. vyd. Praha: Grada, 2003, 172 s. ISBN 80-247-0527-3.

KRCH, František David. *Mentální anorexie*. 2., přeprac. vyd. Praha: Portál, 2010, 259 s. ISBN 978-80-7367-807-4.

KRCH, František David. *Poruchy příjmu potravy*. 2., aktualiz. a dopl. vyd. Praha: Grada, 2004, 255 s. ISBN 80-247-0840-X.

KRCH, František David a Jarmila ŠVÉDOVÁ. *Příručka pro zdravotníky aneb Různé tváře poruch příjmu potravy*. 1. vyd. Praha: Občanské sdružení Anabell, 2013, 41 s. ISBN 978-80-905436-5-2.

KŘÍŽ, Josef. *Duševní poruchy a poruchy chování u dětí a mladistvých*. 1. vyd. České Budějovice: Jihočeská univerzita, 2000, 155 s. ISBN 80-704-0386-1.

MIDDLETON, Kate a Jane SMITH. *První kroky z poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Uhřetice: Doron, 2013, 81 s. ISBN 978-80-7297-115-2.

NAVRÁTILOVÁ, Miroslava, Luboš SOBOTKA a Eva ČEŠKOVÁ. *Klinická výživa v psychiatrii: teoretické předpoklady, praktická doporučení, osobní zkušenosti*. Praha: Maxdorf, 2000, 270 s. ISBN 80-859-1233-3.

NOVÁK, Michal. *Společnost, kultura a poruchy příjmu potravy*. 1. vyd. Brno: Akademické nakladatelství CERM, 2010, 105 s. ISBN 978-80-7204-657-7.

NÝVLTOVÁ, Václava. *Psychopatologie pro speciální pedagogy*. 2. vyd. upr. Praha: Univerzita Jana Amose Komenského, 2010, 240 s. ISBN 978-80-86723-85-3.

PAPEŽOVÁ, Hana a Jana HANUSOVÁ. *Poruchy příjmu potravy: příručka pro pomáhající profese*. 1. vyd. Praha: Klinika adiktologie, 1. lékařská fakulta Univerzity Karlovy v Praze a Všeobecné fakultní nemocnice v Praze ve vydavatelství Togga, 2012, 47 s. ISBN 978-80-87258-98-9.

PETR, Tomáš a Eva MARKOVÁ. *Ošetrovatelství v psychiatrii*. 1. vyd. Praha: Grada, 2014, 295 s. ISBN 978-80-247-4236-6.

REICHEL, Jiří. *Kapitoly metodologie sociálních výzkumů*. 1. vyd. Praha: Grada, 2009, 184 s. Sociologie (Grada). ISBN 978-80-247-3006-6.

Spektrum poruch příjmu potravy: interdisciplinární přístup. 1. vyd. Praha: Grada, 2010, 424 s. Psyché (Grada). ISBN 978-80-247-2425-6.

SURYNEK, Alois. *Základy sociologického výzkumu*. 1. vyd. Praha: Management Press, 2001, 160 s. ISBN 80-726-1038-4.

SVACHINA, Štěpán. *Poruchy metabolismu a výživy*. 1. vyd. Praha: Galén, 2010, 505 s. ISBN 978-80-7262-676-2.

ŠVARŤÍČEK, Roman a Klára ŠEĐOVÁ. *Kvalitativní výzkum v pedagogických vědách*. 1. vyd. Praha: Portál, 2007, 377 s. ISBN 978-80-7367-313-0.

Elektronické zdroje:

Anorexie: Možné příčiny předcházející anorexii [online]. [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://anorexie.ordinace.biz/priciny.php>

GILÍK, Richard. Vitalia: Pryč s vyzáblymi idoly! Vedou ženy k mentální anorexii [online]. 2011 [cit. 2015-12-08]. Dostupné z: <http://www.vitalia.cz/clanky/co-vede-zeny-k-mentalni-anorexii/>

KRCH, František David. Healthy and free: Rizikové faktory [online]. [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://www.healthyandfree.cz/index.php/ppp/rizikove-faktory>

PSYCHOLOGICKÉ PORADENSTVÍ A PSYCHOTERAPIE PRAHA: Poruchy příjmu potravy 3 – příčiny vzniku [online]. [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://psychologicke-poradenstvi.com/2015/06/23/poruchy-prijmu-potravy-3-priciny-vzniku/>

ZÁMEČNÍKOVÁ, Renata a Michal HRDLIČKA. Psychiatrie pro praxi: FARMAKOTERAPIE U MENTÁLNÍ ANOREXIE [online]. 2003 [cit. 2015-10-16]. Dostupné z: <http://www.psychiatriepropraxi.cz/pdfs/psy/2003/06/06.pdf>

SEZNAM PŘÍLOH

Schéma č. 1: Možné příčiny vzniku mentální anorexie.....	53
Schéma č. 2: Dopady na partnerský život.....	54
Schéma č. 3: Dopady na koníčky.....	54
Schéma č. 4: Dopady na studium.....	55
Schéma č. 5: Dopady na rodinný život/ přátele	55